

Sanatatea

ALMANAH

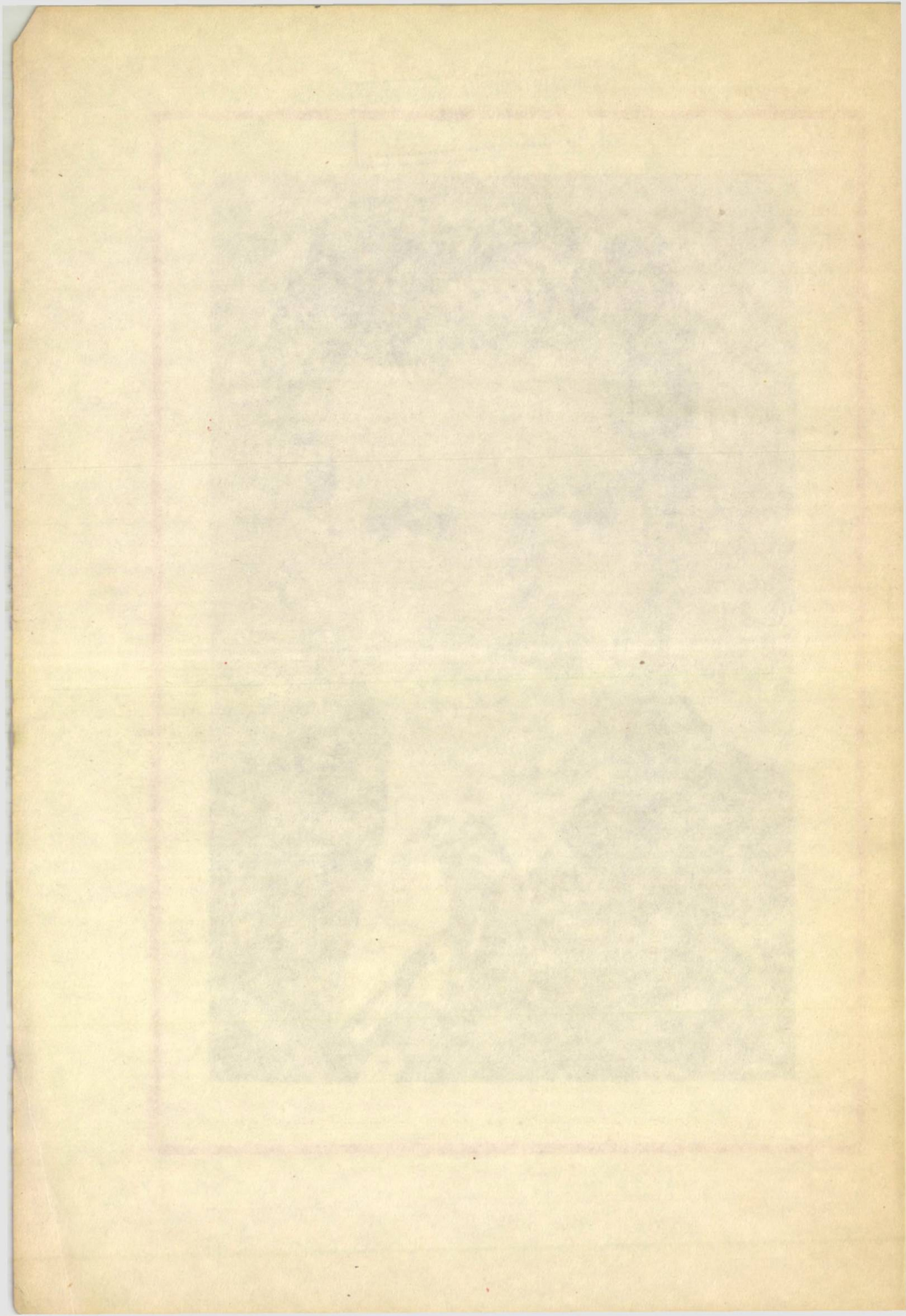
MITROI
MARIA



-89

MUZEUL PRESEI SEVER BOCU
JIMBOLIA
Nr.





**„VIAȚA A DEMONSTRAT DE CE URIAȘĂ FORȚĂ
DISPUNE UN POPOR CARE A LICHIDAT
ASUPRIREA ȘI INEGALITĂȚILE, STĂPIN PE
DESTINELE SALE, AVÎND O CĂLĂUZĂ
ÎNCERCATĂ, CU O CONCEPȚIE REVOLUȚIONARĂ
DESPRE LUME ȘI VIAȚĂ. DE LA ÎNĂLȚIMILE LA
CARE AM AJUNS PRIVIM CU DEPLINĂ
ÎNCREDERE, ÎNAINTE, PISCURILE LUMINOASE
CARE SÎNT TOT MAI APROAPE ȘI LA CARE
POPORUL NOSTRU VA AJUNGE PRIN MUNCA ȘI
ACTIVITATEA SA REVOLUȚIONARĂ, ÎN DEPLINĂ
UNITATE, SUB CONDUCEREA CENTRULUI VITAL
AL ÎNTREGII NAȚIUNI — PARTIDUL COMUNIST
ROMÂN!”**

NICOLAE CEAUȘESCU



ÎNFĂPTUIND NEABĂTUT POLITICA UMANISTĂ A PARTIDULUI

1989, anul în care se împlinesc 45 de ani de la istoricul act revoluționar de la 23 August 1944, marchează viața politică a României contemporane prin desfășurarea lucrărilor celui de-al XIV-lea Congres al Partidului Comunist Român, eveniment de maximă însemnătate, menit să traseze noile coordonate strategice ale progresului economico-social al patriei, în perspectiva anilor 1990—1995, direcțiile de acțiune ale comuniștilor, ale întregului popor, pentru înfăptuirea pe pămîn-

tul României a societății socialiste multilatera dezvoltate.

Așa cum arăta tovarășul Nicolae Ceaușescu, secretarul general al partidului nostru, în Expunerea prezentată la lucrările comune ale Plenarei Comitetului Central al Partidului Comunist Român, consiliilor și birourilor executive ale organismelor democrației muncitorești-revoluționare și organizațiilor de masă și obștești din 28 noiembrie 1988, în arcul de timp petrecut de la

înfăptuirea revoluției de eliberare socială și națională, antifascistă și antiimperialistă, perioada cea mai dinamică și bogată în realizări din istoria țării o constituie aceea deschisă de Congresul al IX-lea al Partidului Comunist Român. Această perioadă de adânci transformări revoluționare, de înfăptuiri excepționale pe drumul luminos al făuririi socialismului și comunismului poartă numele ilustrului ei ctitor „Epoca Nicolae Ceaușescu”. Grandioasele înfăptuiri din acești ani au fost posibile datorită înțeleptei conduceri a partidului, a secretarului său general, tovarășul Nicolae Ceaușescu, fiul cel mai iubit al poporului, personalitate politică proeminentă a lumii contemporane. Ele se înscriu ca dovadă supremă a unui timp eroic, în care România a cunoscut o evoluție economico-socială fără precedent, cea mai rodnică din întreaga sa istorie.

Dinamica realizărilor obținute în dezvoltarea multilaterală a patriei noastre este legată, de asemenea, de contribuția activă a științei și învățămîntului, factori fundamentali ai progresului social, programele de cercetare, dezvoltare tehnologică și de introducere a progresului tehnic fiind elaborate sub îndrumarea directă, nemijlocită a tovarășei academiciene doctor inginer Elena Ceaușescu, eminent om politic, savant de largă recunoaștere internațională, care a adus și aduce o contribuție de seamă la orientarea activității de cercetare științifică spre obiectivele prioritare ale dezvoltării economico-sociale.

Temelle a înfăptuirilor viitoare, realizările de pînă acum stau mărturie unei politici înțelepte și clarvăzătoare, a cărei coordonată definitorie o constituie umanismul revoluționar socialist. În anii construcției socialiste orașele și satele noastre s-au schimbat fundamental, oferind condiții noi de viață tuturor cetățenilor țării; industria românească a crescut de peste 100 de ori, producția agricolă de aproape 4 ori, iar venitul național de peste 32 de ori, România transformîndu-se dintr-o țară agrară înapoiată într-o țară industrial-agrară care se dezvoltă continuu.

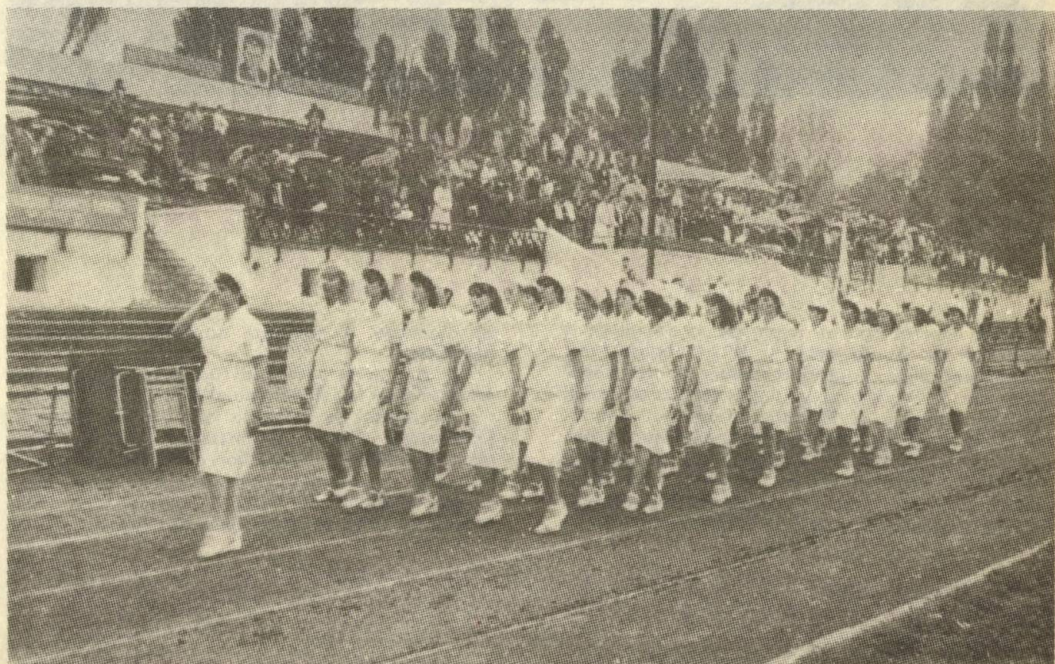
În anii de după victoria revoluției de eliberare socială și națională, antifascistă și antiimperialistă din august 1944 și, îndeosebi, după anul 1965,

grija deosebită acordată sănătății tuturor cetățenilor țării — ca o premisă fundamentală a realizărilor și împlinirilor viitoare — își găsește expresia cuprinzătoare în politica sanitară a partidului și statului, care poartă amprenta umanismului societății noastre.

Fondurile alocate din bugetul statului pentru ocrotirea sănătății populației, pe un locuitor, au fost de trei ori mai mari decît în anul 1965, sporind, în același timp, și cheltuielile indirecte de care beneficiază populația, respectiv cele de ocrotire socială, protecția muncii și a mediului înconjurător, lărgirea posibilităților de tratament balnear și de odihnă. Baza materială a asistenței medicale s-a dezvoltat și în profilul teritorial, fiecare comună dispunînd astăzi de un dispensar cu mai mulți medici, adesea și stomatologi, iar în fiecare județ este organizat un spital județean — în majoritate construcții noi — de mare capacitate, astfel încît la acest nivel se pot rezolva toate cazurile de îmbolnăviri din teritoriu.

În paralel cu aceste importante realizări, a fost înregistrată o nouă orientare a medicinei românești. Între obiectivele acesteia se înscrie, în primul rînd, promovarea medicinei omului sănătos, prin dezvoltarea activității sanitaro-antiepidermice, supravegherea condițiilor de muncă și de viață ale personalului muncitor, intensificarea activităților profilactice pentru întreaga populație.

O atenție prioritară se acordă creșterii vîgorii și tineretului națiunii noastre, îmbunătățirii continue a indicatorilor demografici, sănătății mamei, copilului și tineretului — premise pentru sănătatea adultului. Un întreg sistem de ocrotire a mamei și copilului, cuprinzînd numeroase edificii moderne, bine dotate și utilizate, un corp medical de înaltă calificare au nobila misiune de a veghea la sănătatea generației de mîine, de a asigura desfășurarea unor ample activități de prevenire a îmbolnăvirilor. O importanță deosebită se acordă permanentei supravegheri medicale active a oamenilor muncii, reducerii îmbolnăvirilor cu incapacitate de muncă, prin eliminarea sau limitarea factorilor nocivi, depistarea precoce a îmbolnăvirilor profesionale, stabilirea de măsuri pentru



prevenirea și reducerea îmbolnăvirilor. Sînt puse, de asemenea, în aplicare importante programe de sănătate pe termen lung, privind prevenirea și combaterea bolilor cardiovasculare, cancerului, tuberculozei, afecțiunilor buco-dentare. Preocupări importante sînt îndreptate în direcția educației sanitare a populației, creșterii gradului de cultură sanitară a acesteia.

Noile orientări ale medicinei românești presupun o largă participare a organizațiilor de masă și obștești, în primul rînd a Societății de Cruce Roșie, la înfăptuirea politicii sanitare a partidului și statului nostru, participare statuată prin Legea nr. 3/1978 privind apărarea sănătății populației.

În vastul proces de înfăptuire a acestor obiective, Societatea de Cruce Roșie — intrată în cel de-al 113-lea an al existenței sale — antrenează întregul său potențial: 7,5 de milioane de membri, un activ obștesc de peste 700 000 de oameni, 62 000 de surori de Cruce Roșie, membrii celor 127 000 de grupe sanitare și membrii celor 65 000 de posturi de prim-ajutor.

În abordarea problemelor educației sanitare, Crucea Roșie pornește de la premisa că aceasta trebuie să înceapă de la cele mai fragede vîrste. Această concepție este materializată în „Programul-cadru privind educația sanitară a preșcolarilor, elevilor și studenților” — document deosebit de important, elaborat de Societatea de Cruce Roșie în colaborare cu Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Învățămîntului, C.C. al U.T.C., U.A.S.C.R. și Consiliul Național al Organizației Pionierilor. În baza acestui Program-cadru, Crucea Roșie organizează pentru copiii din grădinițe, din învățămîntul primar acțiunea „5 minute control igienic”. Prin intermediul cercurilor „Prietenii Crucii Roșii”, care funcționează cu bune rezultate într-un mare număr de școli, elevii își îmbogățesc cunoștințele sanitare primite în familie sau în cadrul procesului de învățămînt. În plus, ei sînt mobilizați la activități vizînd protejarea mediului înconjurător, la acțiuni de înfrumusețare a claselor, școlilor și parcurilor, la strîngerea plantelor medicinale. Pentru elevii din licee, activitatea în cadrul cercurilor „Viitorii donatori onorifici de sînge” constituie o formă dintre cele mai intere-

sante de participare la activitățile educativ-sanitare și social-umanitare.

Comitetele și comisiile de Cruce Roșie de pe întreg cuprinsul țării inițiază și alte activități, care se bucură de o bună primire din partea tineretului: gale de filme cu tematică de sănătate și de Cruce Roșie, colocvii, dezbateri, simpozioane, concursuri gen „Cine știe, răspunde” etc. O formă dintre cele mai eficiente o constituie concursul pe teme de igienă și prim ajutor „Sanitarii pricepuți”; manifestare de masă, inițiată în scopul pregătirii teoretice și practice a elevilor, concursul antrenează în fiecare an circa 3 milioane de elevi, de la faza pe școală, pînă la cea republicană.

Bucurîndu-se de sprijinul permanent al organelor și organizațiilor de partid, al instituțiilor de stat, al unităților sanitare și a celorlalte organizații de masă și obștești, Consiliul Național, comitetele și comisiile de Cruce Roșie folosesc o gamă largă de forme și mijloace ale muncii de propagandă și educație sanitară în direcția cuprinderii unor mase largi de oameni ai muncii în sfera informării și instruirii lor cu noțiunile și deprinderile igienico-sanitare și acordare a primului ajutor. Între acestea, expunerile, mesele rotunde, emisiunile stațiilor de radioficare locale, cursurile universităților cultural-științifice, întîlnirile cu medici, diferite genuri de concursuri cu tematică sanitară și de Cruce Roșie, organizate în întreprinderi, instituții, sate și cartiere de către comitetele și comisiile de Cruce Roșie, reușesc să cuprindă anual sute de mii de cetățeni de diferite vîrste și preocupări, cărora le sînt transmise informații asupra posibilităților de prevenire a îmbolnăvirilor cardiovasculare, a bolilor digestive, de combatere a abuzului de alcool și tutun, asupra respectării normelor și regulilor de igienă și viață rațională.

În ansamblul măsurilor Societății de Cruce Roșie pentru ocrotirea și promovarea sănătății populației un loc deosebit îl dețin obiectivele politicii demografice, în special cele destinate ocrotirii mamei și copilului, de a căror înfăptuire depinde însuși viitorul națiunii noastre socialiste. Pentru realizarea acestora, sînt întreprinse nume-



roase acțiuni, de certă eficiență dovedindu-se concursul „Ocrotirea mamei și copilului, reflectare a politicii umaniste a partidului și statului nostru”, organizat de Consiliul Național al Crucii Roșii în colaborare cu C.C. al U.T.C., Consiliul Culturii și Educației Socialiste, Consiliul Național al Femeilor și Radioteleviziunea română.

De asemenea, în strînsă conlucrare cu personalul sanitar, membrii comitetelor și comisiilor de Cruce Roșie, surorile de Cruce Roșie, echipierele grupelor sanitare și membri ai colectivelor posturilor de prim ajutor contribuie meritoriu la răspindirea în masă a cunoștințelor educativ-sanitare, la înfăptuirea unor măsuri cu caracter profilactic prin mobilizarea populației la controalele medicale periodice în vederea depistării din timp a îmbolnăvirilor și la efectuarea unor vaccinări.

Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie a realizat, de asemenea, în ultimii 6 ani, 15 filme de scurt metraj pe teme de sănătate și de Cruce Roșie, multiplicat în peste 430 de exemplare, care au fost difuzate comitetelor județene, precum și 7 500 de seturi de diapozitive. Un număr de 207 filme de scurt metraj au fost realizate în județe și municipiul București cu prilejul celor 6 ediții (1977, 1979, 1981, 1983, 1985, 1987) ale Concursului național al filmului de amatori cu tematică sanitară și de Cruce Roșie. Organizarea unor gale de filme educativ-sanitare, a unor concursuri cu public etc. au sporit rolul și eficiența acestor mijloace moderne de propagandă și educație.

Consiliul Național, comitetele și comisiile de Cruce Roșie au acționat mai energic în direcția sporirii continue a calității unor manifestări de mare amploare, strîns legate de problematica de sănătate și de specificul muncii diferitelor colective de muncă și ramuri industriale, de cerințele respectării normelor de igienă și de prevenirea a îmbolnăvirilor (sectorul minier, siderurgic, chimic, forestier etc.).

De mare audiență la public se bucură colocviile, mesele rotunde și simpozioanele însoțite de acțiuni practice, realizate cu participarea unor personalități de prestigiu ale științei medicale românești.

Un domeniu căruia Crucea Roșie îi acordă o deosebită atenție îl constituie activitatea social-umanitară. Acționînd perseverent, în colaborare cu Ministerul Sănătății, cu organizațiile de tineret și de femei, se desfășoară o propagandă intensă pentru mobilizarea cetățenilor, a tineretului, pentru a dona onorific sînge — act cu înaltă semnificație umanitară și patriotică.

Comitetele și comisiile de Cruce Roșie, folosind o diversitate de forme și metode, contribuie și la crearea unui climat adecvat bunei dezvoltări psihice și sociale a copiilor din casele și căminele de copii. În acest scop, sînt organizate, periodic, vizite, spectacole, sărbătoriri ale aniversărilor copiilor, prilej cu care pionieri, uteciști, membri ai formațiunilor sanitare voluntare ale Crucii Roșii contribuie la mai buna integrare viitoare socială a acestor copii.

În tradiția Crucii Roșii intră și acțiunile diversificate organizate la căminele de bătrîni și la domiciliul persoanelor aflate temporar în suferință. În aceste cazuri surorile de Cruce Roșie, echipierele grupelor sanitare, alți activiști obștești ai organizației participă nemijlocit la ajutorarea vîrstnicilor fără familie sau a unor bolnavi cronici, în re-

zolvarea unor treburi gospodărești, acordîndu-l îngrijiri, în funcție de recomandările medicului sau organizînd activități cultural-artistice.

Ca urmare a unor măsuri întreprinse în ultimi ani și, îndeosebi, a creșterii prestigiului și rolului Crucii Roșii, datorate sporirii contribuției organizației la apărarea sănătății și vieții oamenilor, acțiunile sale au fost mai bine reflectate în paginile presei centrale și locale, în emisiuni de radio și televiziune.

Apreciind activitatea educativ-sanitară și social-umanitară a organizației noastre, tovarășul Nicolae Ceaușescu, secretarul general al partidului, președintele Republicii, atrăgea atenția asupra faptului că azi „Crucea Roșie este chemată să dezlanceze o largă colaborare și conlucrare cu celelalte societăți naționale similare, contribuind la mobilizarea opiniei publice împotriva războaielor — care pricinuesc atîtea suferințe popoarelor —, la pomovarea spiritului de înțelegere și întrajutorare între națiuni, la eforturile generale pentru destindere și pace, pentru făurirea unei vieți mai bune și mai drepte pe planeta noastră”.

La baza relațiilor Crucii Roșii române cu cele 145 societăți naționale de Cruce Roșie, cu organismele internaționale se află principiile fundamentale ale politicii externe a României, de pace și cooperare, promovate cu fermitate de către președintele țării noastre, tovarășul Nicolae Ceaușescu. Pornind de la premisa că manifestarea solidarității concură la întărirea înțelegerii între popoare, la salvagardarea și promovarea păcii, că asistarea victimelor dezastrelor naturale este o datorie umanitară specifică Crucii Roșii, organizația noastră acționează perseverent și va acționa și în continuare prin acțiuni concrete și în cadrul reuniunilor internaționale pentru soluționarea problemelor majore ale lumii contemporane, pentru încetarea cursei înarmărilor, și în primul rînd a înarmărilor nucleare, pentru dezarmare, pentru respectarea dreptului fundamental al popoarelor la pace, la viață.

Vom ridica pe o treaptă calitativ superioară întreaga noastră activitate însușești de înflăcăratele cuvinte ale secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu: „Acum, cînd trecem într-o etapă superioară de dezvoltare a societății noastre socialiste, trebuie să fim conștienți că se impune ca o necesitate obiectivă să ridicăm nivelul general de cunoaștere și îndeosebi să asigurăm înarmarea întregului popor cu cele mai noi cucceriri ale științei și tehnicii, ale cunoașterii umane în general. Numai pe baza celor mai înaintate cucceriri ale științei și tehnicii vom putea realiza o societate superioară din toate punctele de vedere!”

Dezvoltarea tuturor acestor activități în anul 1989, în lumina obiectivelor ce vor fi stabilite de Congresul al XIV-lea al Partidului Comunist Român, al hotărîrilor acestui înalt forum al comuniștilor, reprezintă o cerință de prim ordin pentru ca Societatea de Cruce Roșie să se înscrie cu o contribuție pe măsura eforturilor pe care întregul nostru popor le depune în vederea făuririi societății socialiste multilateral dezvoltate, societate a progresului și umanismului socialist.

Dr. Veronica CIOBĂNETE,
președintele Consiliului Național
al Societății de Cruce Roșie



ȘTIINȚA PE COORDONATELE PROGRESULUI NEÎNTRERUPT

În anii cei mai glorioși ai patriei, pe care cu cinstire și mândrie patriotică îi înscrîm în cea mai strălucită epocă, Epoca Nicolae Ceaușescu, și în care dezvoltarea economico-socială a atins cele mai înalte culmi, un rol deosebit l-au avut știința, învățămîntul și cultura, factori definitorii ai strategiei generale a edificării societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintării României spre comunism, domenii conduse și îndrumate cu înaltă competență de către tovarăsa academician doctor inginer Elena Ceaușescu, savant de renume mondial, eminent om politic și de stat.

Sub directa sa coordonare și îndrumare au fost elaborate Programul de cercetare științifică, dezvoltare tehnologică și introducere a progresului tehnic în perioada 1986-1990, cit și Programul privind asigurarea forței de muncă, dezvoltarea învățămîntului și perfecționarea continuă a cadrelor în perioada 1986-1990, adoptate de întîiul Congres al Științei și Învățămîntului, ca documente menite să asigure mărețele obiective ale dezvoltării economico-sociale ale României socialiste în etapa actuală.

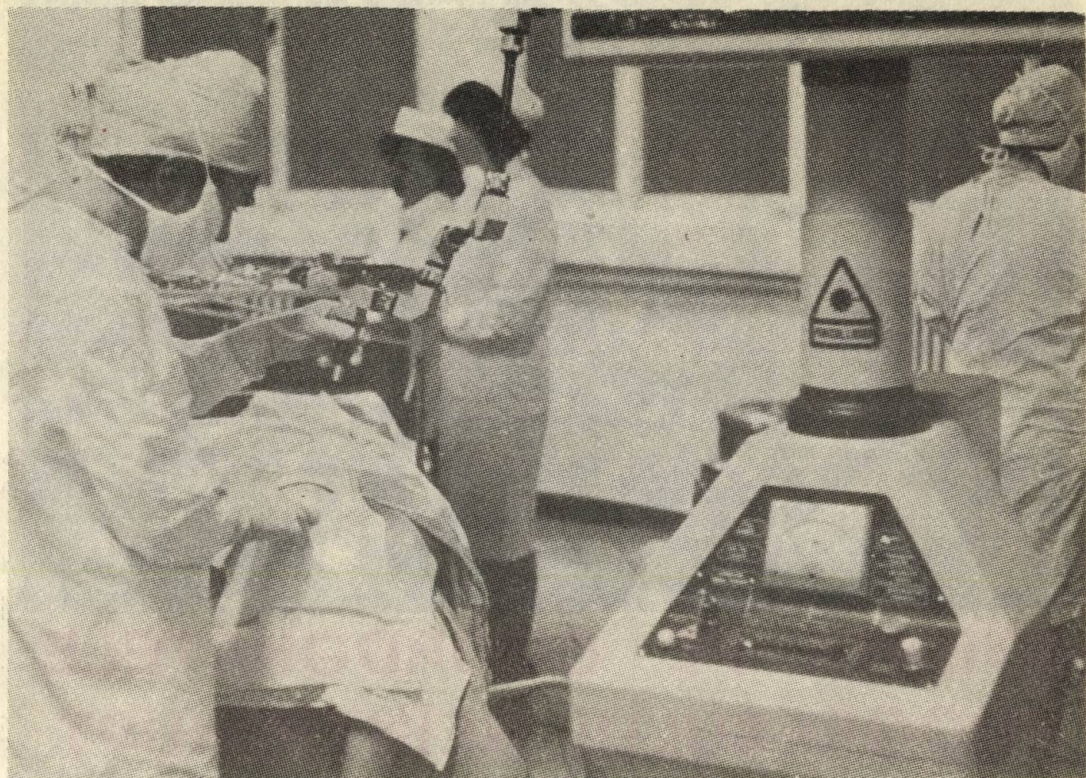
În expunerea sa la lucrările comune ale Plenarei Comitetului Central al Partidului Comunist Român, consiliilor și birourilor executive ale organismelor democrației muncitorești-revoluționare și organizațiilor de masă și obștești din 28-30 noiembrie 1988, tovarăsa Elena Ceaușescu arăta: „Trebuie să facem astfel încît, în următorii doi ani, știința românească să soluționeze problemele complexe prevăzute pentru actualul cincinal și să treacă la cercetarea unor noi pro-

bleme importante, care să stea la baza întregii dezvoltări a patriei noastre în deceniul următor, pînă în anul 2000, și în primele decenii ale secolului al XXI-lea.”

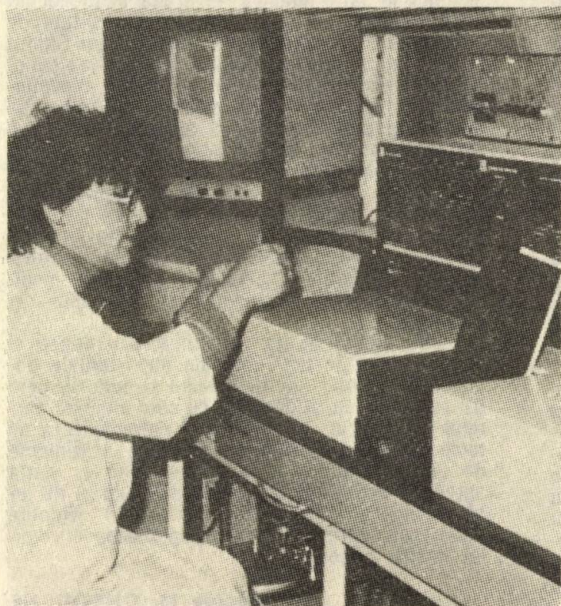
Participînd nemijlocit la elaborarea și transpunerea în practică a strategiei construcției socialismului în țara noastră, tovarăsa academician doctor inginer Elena Ceaușescu, în calitate de președinte al Comitetului Național pentru Știință și Tehnologie, folosind bogata și temeinică experiență în domeniul cercetării științifice, excepționala sa capacitate organizatorică, a ridicat pe noi trepte calitatea întregii activități științifice românești precum și a învățămîntului, asigurînd integrarea efectivă a acestora cu producția și viața social-politică a țării. De asemenea, de o foarte mare importanță este aportul pe care și-l aduce ca președinte al Consiliului Național al Științei și Învățămîntului, în orientarea și direcționarea conținutului cercetării științifice medicale, a dezvoltării și modernizării sectorului medico-sanitar.

Pentru modul în care îndrumă, orientează și sprijină întreaga activitate din importante domenii ale științei, învățămîntului și culturii, pentru răspunderea și dăruirea cu care slujește partidul și poporul, țara întreagă nutrește față de tovarăsa Elena Ceaușescu profunde sentimente de stimă, prețuire și dragoste, dînd o înaltă apreciere activității sale neobosite alături de iubitul nostru conducător, tovarășul Nicolae Ceaușescu, spre binele și prosperitatea întregului nostru popor.

Dr. George M. GHEORGHE



ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE ÎN MEDICINA ROMÂNEASCĂ



Domeniu permanent deschis noului, medicina cunoaște în întreaga lume un ritm deosebit de alert. Teorii și practici care până mai ieri erau considerate drept fundamentale se dovedesc deodată depășite, datorită unor noi descoperiri. Aceste aspecte sint, desigur, valabile și pentru medicina românească, conectată și ea la toate direcțiile progresului. Iată de ce am ales în acest an câteva domenii de mare interes pentru ocrotirea sănătății: genetica, virologia, cardiologia, stomatologia pediatrică, ortopedia, reumatologia, propunându-vă, stimați cititori, o incursiune în universul fierbinte al actualității științifice medicale.

LASER-UL ÎN MEDICINĂ

În cadrul metodelor medicale moderne exploratorii și terapeutice, o deosebită valoare prezintă razele LASER, aparate de diferite intensități, fabricate în țara noastră.

Într-o primă perioadă, începând cu anul 1980, la Spitalul Militar Central în Clinica de oftalmologie (prof. dr. Mircea Olteanu și dr. Benone Cârstocea) și apoi, din 1982, în Clinica de ortopedie și traumatologie (prof. dr. Gheorghe Niculescu și dr. Silviu Diaconescu) s-au folosit cu foarte bune rezultate laserii He-Ne de 10 mW pentru stimularea unor procese biologice și diminuarea simptomelor dureroase.

Studiile clinice și experimentale au dovedit că, în urma administrării LASER-ului (1—2 cure de câte 12—15 sedințe), plăgile s-au cicatrizat într-un interval de circa trei ori mai rapid față de lotul martor. Pornind de la aceste constatări, s-a trecut la tratamentul bolnavilor cu plăgi atone, ulcere varicoase, arsuri de gradul II și III, atât pentru pregătirea patului receptor, în vederea aplicării autogrefelor tegumentare, cât și după aplicarea acestora. Ca urmare a stimulării metabolismului proteic și mineral, vindecarea s-a obținut într-un interval mai scurt, constatându-se cicatrice de bună calitate.

În plus, în ultimii ani s-a observat că LASER-ul de putere joasă favorizează formarea calusului postfractural și ajută la consolidarea pseudoartrozelor, dacă s-au aplicat concomitent procedeele operatorii adecvate (grefe osoase, osteosinteză fermă, grefe osteomusculotegumentare vascularizate etc.).

Alături de metodele operatorii, în cadrul clinicii de ortopedie și traumatologie la 1 250 de bolnavi a fost folosit tratamentul artrozelor cu LASER He-Ne cu putere de 10 mW. Fascicolul s-a aplicat de regulă pe interlinia articulară a compartimentului afectat sau pe zona cu intensitatea maximă a simptomului dureros. Pentru șold s-au folosit două puncte: unul în trigonul Scarpa și altul pe regiunea trohanteriană; la fel și pentru umăr: un punct lateral de proeminența apofizei coracoide și altul coracoidian. În cazul depunerilor calcare sau al durerilor posteroare s-a aplicat al treilea punct subacromial.

Dozele de iradiere s-au stabilit în funcție de grosimea stratului musculo-subtegumentar, gradul de pigmentare tegumentară, faza evolutivă a afecțiunii etc. De regulă, iradierea pe un punct a durat între 8—15 minute. În funcție de zona dureroasă și localizarea anatomo-topografică a procesului patologic, s-a apelat fie la fascicolul concentrat fie la dispersia razei LASER obținută cu o lentilă adaptată special la aparat.

Cura terapeutică a fost, de regulă, de 15 zile (variind între 10 și 20 de zile), fiind repetată de 2 ori, la interval de o lună.

Terapia cu LASER a fost singulară în marea majoritate a cazurilor. La 245 de bolnavi s-a aplicat și tratamentul chirurgical (emontaje articulare, foraje, osteotomii, artroplastii biologice sau endoprotetice, sinovectomii etc.), la 71 cura balneară (la 6 luni după cura de LASER), la 87 proceduri fizioterapice și/ sau tratamente medicamentoase; în ultima perioadă s-a asociat produsul românesc Pell-Amar. Tratamentul combinat s-a indicat bolnavilor care nu au răspuns favorabil la prima cură de LASER, cu excepția celor la care intervenția operatorie a precedat cura.

Pentru codificarea științifică a rezultatelor s-au întocmit fișe, în care, în afara datelor generale și specifice, istoricul bolii etc.), s-au adăugat anexe privind dinamica intensității durerii, amplitudinea motilității articulare, valoarea funcțională a grupelor musculare, capacitatea de muncă etc.

Rezultate foarte bune s-au obținut la 837 de bolnavi (dintre care 500 au efectuat toate cele trei cure, 250 două cure și 87 o singură cură pe an), bune la 305, satisfăcătoare la 93 și nesatisfăcătoare la 15.

Bolnavii au fost revăzuți la intervale variabile de timp, constatându-se că tratamentul artrozelor, periartrozelor și artritelor cu LASER He-Ne este o modalitate fizioterapeutică utilă, care aduce ameliorări importante, uneori mai bune decât celelalte procedee neoperatorii. Lipsa de nocivitate îi conferă o valoare apreciabilă în tratamentul afecțiunilor osteoarticulare.

În ultimii ani, prof. dr. Șt. Șuteanu și colaboratorii au folosit cu rezultate favorabile fascicolul de raze LASER cu putere de 10 mW în tratamentul artrozelor.

LASER-ul a fost utilizat, de asemenea, cu succes de dr. Ovidiu Iliescu și colaboratorii, Gh. Stăncioiu și colaboratorii, prof. dr. Gafar Mehmet și colaboratorii, în tratamentul artrozelor temporo-mandibulare și în diferite afecțiuni stomatologice.

Alături de această benefică aplicabilitate, în ultima perioadă s-au fabricat LASER-e cu putere mai mare, până la 100—140 mW, pentru tratamentul chirurgical al tumorilor cerebrale (dr. L. Dănăilă și colab.), al afecțiunilor oculare (dr. Benone Cârstocea) etc.

Este în curs de montare un LASER românesc cu o putere de 100 mW în Clinica de ortopedie și traumatologie din Spitalul Militar Central, în vederea tratamentului chirurgical al tumorilor maligne situate la nivelul membrelor (părți moi și osteoarticulare).

Pentru elucidarea efectului biostimulator al LASER-ului He-Ne de 10 mW, dr. S. Diaconescu, dr. C. Butonoiu, dr. C. Babalac și dr. A. Barbilian au efectuat studii experimentale privind intimitatea metabolismului celular al macromoleculilor DAN, RNA și proteine după iradiere cu doze variabile de LASER He-Ne 10 mW.

Rezultatele clinice și ale cercetării experimentale au dovedit că iradierea cu LASER He-Ne de joasă putere are un cert efect stimulator manifestat prin cicatrizarea mai rapidă a țesuturilor, consolidarea osoasă, remiterea os-

teoporozei și în tratamentul artrozei.

Folosirea LASER-ului He-Ne de 100 mW, prin efectul hemostatic, pulverizant și cicatrizant, își găsește o largă aplicabilitate în neurochirurgie, oftalmochirurgie, chirurgie maxilo-facială și ortopedie. În plus, el va putea fi folosit cu succes în tratamentul endoscopic (gastro-intestinal, urologic, articular) al diferitelor maladii, evitându-se astfel intervenții chirurgicale laborioase și cu mare risc operator (conf. dr. Al. Oproiu, și dr. E. Bobulescu de la Clinica de gastroenterologie a Spitalului Fundeni).

În concluzie, LASER-ul își găsește o largă aplicabilitate în medicină, constituind un mijloc terapeutic deosebit de eficient. Folosit în mod adecvat, acesta prezintă mari avantaje, având riscuri minime și contraindicații limitate.

**Gral. maior, prof. dr. doc.
Gheorghe NICULESCU**

PROGRESE ÎN CARDIOLOGIE

Răspîndirea bolilor cardiovasculare a dus la dezvoltarea cercetărilor fundamentale în domeniul aparatului cardiovascular și la cele clinice. Au apărut noi metode de diagnostic, între care subliniem ecografia, și noi grupe de medicamente ce s-au introdus în tratamentul hipertensiunii arteriale, al trombozei coronariene, respectiv infarctul miocardic, al insuficienței cardiace și al tulburărilor de ritm ale inimii. Aceste schimbări și progrese, rezultat al cercetărilor din întreaga lume, sînt vizibile și în țara noastră.

Studiile și observațiile cercetătorilor noștri asupra bolilor cardiovasculare privind dinamica (cercetări OMS), prevalența (studii populaționale), metodele de diagnostic și identificare, ca și introducerea noilor metode terapeutice, medicamentoase și chirurgicale (studii clinice), în condițiile specifice existente, au constituit un real progres în combaterea și prevenirea mai eficientă a acestor boli. Este necesar a arăta că progresele în tratamentul acestor afecțiuni își au surse în noile descoperiri, rezultat al cercetărilor fundamentale, și din marele lor număr vom selecta și sublinia o parte.

Astfel, relația dintre ateroscleroză, lipoproteine, receptorii lipoproteinelor și apolipoproteine a fost clarificată în mare măsură. Se cunoaște că o creștere de betalipoproteine se însoțește de apariția aterosclerozei. Demonstrarea existenței de receptori la nivelul membranelor celulare, ce permit recunoașterea apoproteinelor B, o glicoproteină, și prin aceasta legarea cu lipoproteinele, ce pot intra în celule spre a fi metabolizate, a dus la înțelegerea mecanismului creșterii acestor lipide în sînge.

Reducerea numărului receptorilor poate fi de cauză genetică, dar și prin factori ce apar

în cursul vieții. Demonstrarea de modificări genetice la nivelul apolipoproteinelor, ca și al reducerii receptorilor la persoane cu risc înalt pentru ateroscleroză, atrage atenția asupra unor noi mecanisme intime de apariție mai timpurie a aterosclerozei, în afara alimentației exagerate în grăsimi și dulciuri.

Un alt domeniu legat de dezvoltarea aterosclerozei a fost deschis de cercetările privind relația dintre plachete, tromboză și ateroscleroză. Plachetele sanghine se fixează pe pereții vaselor cînd aceștia prezintă modificări la nivelul endoteliului, stratul ce tapisează pereții vaselor spre interior. Plachetele produc substanțe ce favorizează apariția cheagului, generează spasme vasculare, duc la înmulțirea celulelor din pereții vaselor și la dezvoltarea plăcilor de aterom și deci a aterosclerozei. Ele au un rol și în favorizarea producerii unui chiag care, adăugat la o zonă cu stenoză a vaselor coronare, ale inimii, duce la apariția infarctului miocardic și a morții subite.

Aceste studii s-au corelat cu cele care au dus la apariția de agenți care să lizeze (să topească) cheagurile vasculare.

Cunoașterea participării sistemului renină-angiotensină-aldosteron în hipertensiune, insuficiența cardiacă și dezvoltarea aterosclerozei a evoluat în paralel cu realizarea de noi agenți inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei I în angiotensină II, prin care, într-o anumită măsură, sistemul are o activitate mai redusă. Noile achiziții influențează puternic și în sens favorabil tratamentul hipertensiunii și al insuficienței cardiace. Descoperirea hormonului atrial natriuretic, opus fiziologic sistemului renină-angiotensină-aldosteron, reprezintă o mare contribuție în fiziologia cardiovasculară și va duce la unele aplicații terapeutice în viitor.

Am menționat și suita de studii privind mecanismele producerii hipertrofiei inimii în hipertensiune, valvulopatii și alte boli. Procesul este reglat de gene, care au acționat fiziologic în viața fetală, și care, reprodus la adult, produce hipertrofia inimii, dar cu calități funcționale mai reduse. Metoda de a controla creșterea miocardului poate deschide mari perspective în îmbunătățirea funcției cardiace în condiții de boală.

Subliniind progresul științific, este poate la fel de important a arăta și unele noutăți în tratamentul unor boli cardiovasculare cu largă răspîndire. Astfel, în tratamentul cardiopatiei ischemice, la nitrați și betablocante s-au adăugat blocanții de calciu (Nifedipină, Diltiazem, Verapamil), cu mare eficacitate în special asupra factorului spastic în apariția anginei pectorale. Asocierea de Aspirină (dacă nu sînt contraindicații), în mici doze de 100–350 mg/zi sau la două zile, în special la cei care au avut accidente coronariene (infarct, angină instabilă) duce la prelungirea vieții, la reducerea apariției infarctului și a agravării cardiopatiei ischemice. De asemenea, recent s-a mai demonstrat că asocierea Aspirinei în doze de 100–250 mg la tratamentul cu Heparina. Streptokinază sau Activatorul plasminogenului duce la rezultate superioare în prevenirea infarctului miocardic, la reducerea dimensiunii

acestui și la menținerea unei mai bune funcții cardiace. Dar progresul cel mai mare în tratamentul infarctului miocardic a avut loc prin utilizarea substanțelor care lizează (topesc) cheagurile ce ocuzionează coronarele în mod acut. Se folosesc două substanțe: Streptokinaza și Activatorul tisular al plasminogenului.

Restabilirea circulației coronariene are loc într-o mai mare proporție dacă tratamentul se aplică în primele 4—6 ore de la începerea durerii. Efectele sînt prevenirea infarctului, o întindere mai redusă, o mai redusă mortalitate și cu menținerea unei activități mai bune a inimii. De reținut că rezultatele sînt mai bune dacă Aspirina se asociază acestor substanțe ce lizează cheagul.

A doua metodă ce se aplică la o parte din bolnavi este angioplastia coronariană. Ea se realizează cu ajutorul unei sonde cu balonaș, ce lărgeste zona stenozată a vasului coronar al inimii. Această metodă se poate aplica de la început, în primele ore ale infarctului miocardic, la persoanele la care agenții litici (Streptokinaza, Activatorul tisular al plasminogenului) nu au avut eficiență și la persoane cu angină severă, ce nu au răspuns favorabil la tratamentul cu medicamente.

În tratamentul hipertensiunii arteriale, în afara reducerii valorilor crescute ale tensiunii arteriale, în prezent se conturează noi obiective: reducerea hipertrofiei cardiace, a tulburărilor de ritm, a ischemiei cardiace și, poate, îmbunătățirea contractivității.

Tratamentul hipertensiunii arteriale s-a lărgit prin adăugarea la diuretice, vasodilatatoare și betablocante (Propranolol), de blocați de calciu (Nifedipină, Verapamil) și de inhibitori ai enzimei de conversie (Captopril, Enalapril). Ultima categorie de medicamente tinde a fi mai larg folosită, deși timpul de urmărire este destul de limitat.

În hipertensiunea arterială se caută a se folosi medicamente cu eficacitate mai mare, cu efecte adverse mai mici și cu menținerea calității vieții. În această direcție se conturează progrese substanțiale. La rîndul ei, insuficiența cardiacă constituie și ea un obiectiv important de cercetare. S-au acumulat numeroase informații privind metabolismul mușchiului cardiac, funcția inimii, metodele terapeutice, complicațiile și alte aspecte. Ca și în alte afecțiuni, tratamentul acesteia s-a lărgit cu alte categorii de medicamente, unele cu utilizare limitată în prezent. La Digitală, diuretice și agenții vasodilatatori s-au adăugat, la anumite categorii de bolnavi, agenți betastimulanți (Xamoterol), inhibitori ai fosfodisterazei (Amrinonă, Milrinonă) și inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei (Captopril, Enalapril). Ne așteptăm ca aceste medicamente și altele ce vor urma să ducă la prelungirea vieții bolnavilor, la reducerea complicațiilor și la menținerea capacității de muncă un timp îndelungat.

În fine, este cunoscută frecvența tulburărilor de ritm și de conducere, ce produce îmbolnăviri și, mai ales, moarte subită. Controlul acestora are loc în primul rînd prin îndepărtarea afecțiunilor cardiace sau ale altor boli ce le produc. Tratamentul direct al tulburărilor cu frecvență înaltă se face cu agenți antiaritmici,

la care s-au adăugat alții noi, mai eficienți și cu o mai bună toleranță (tocainide, flecainide, encainide și altele). Deși, ca aplicare, este la început, semnalează tratamentul chirurgical al aritmiilor și implantarea de defibrilatoare automate pentru tratamentul imediat al fibrilației ventriculare.

Arătînd aceste progrese, subliniem totuși că amploarea acestor afecțiuni cere cu necesitate o intensificare a acțiunilor de prevenire și combatere la nivelul întregii populații.

Prof.dr. Costin CARP

Șeful Clinicii de cardiologie, Spitalul Fundeni

HISTOCOMPATIBILITATEA ȘI POLIARTRITEL SERONEGATIVE

În ultimii ani, reumatologii din întreaga lume, inclusiv cei din țara noastră, au acordat o atenție deosebită poliartritelor seronegative, aceasta fiind, de altfel, și una din principalele teme ale celui de-al VIII-lea Congres latin de reumatologie, care a avut loc recent la București și în cadrul caruia am avut sarcina de a prezenta un raport consacrat acestor boli.

În urmă cu cîteva decenii au fost imaginate unele teste de laborator pe baza cărora se putea formula diagnosticul de poliartrită reumatoidă, teste care erau pozitive la marea majoritate a cazurilor. O parte dintre bolnavi, însă, nu aveau testele de depistare a factorilor reumatoizi pozitive. Eu însumi, în 1969, împreună cu un colectiv, am publicat în revista „Medicina internă” o lucrare în care m-am ocupat de suferinzi cu teste serologice negative și am făcut remarcă, împărțită și de alți reumatologi, că o parte dintre ei nu sufereau de poliartrită seronegativă, ci de alte boli, ce prezentau manifestări clinice asemănătoare cu cele ale poliartritei reumatoide. În 1974 a fost creat conceptul spondilartritelor seronegative, pe care noi le numim poliartrite seronegative, așa cum le definesc, de altfel, și unii reumatologi francezi și italieni. Din grupul acestora fac parte: spondilita anchilozantă, sindromul Reiter, artrita psoriazică, artritele din colita ulceroasă, artritele reactive.

Aceste boli au stîrnit un interes deosebit din mai multe motive. Astfel, în primul rînd s-a constatat că ele sînt relativ frecvente (dintr-un studiu recent al Clinicii medicale din Spitalul „Dr. I. Cantacuzino” a reieșit că ele reprezintă aproximativ 40 la sută din totalitatea reumatismelor inflamatorii cronice), iar în al doilea rînd că afectează persoane de vîrstă tînăra

(vîrstă medie 30 de ani), cu importante implicații socio-familiale și economice.

În ultimii ani, din studiul aprofundat al poliartritelor seronegative s-au desprins unele aspecte privind cauzele și modul lor de apariție (așa-zisa etiopatogenie). Astfel, s-a observat că un oarecare rol îl are predispoziția genetică, fapt sugerat de apartenența bolnavilor cu poliartrite seronegative la grupul de histocompatibilitate HLA — B/27. Noi înșine, cu sprijinul Centrului de hematologie, am făcut investigații unui număr mare de suferinzi și am constatat că 85 la sută dintre cei cu spondilită anchilozantă aparțineau acestui grup de histocompatibilitate. Dar un rol la fel de important îl au și factorii de mediu, și anume agenții infecțioși, aspect evident în cadrul bolnavilor cu artrite reactive și cu sindrom Reiter și bănuir în cazul celor cu spondilită anchilozantă. Este, deci, dovedit că ereditatea are un rol în producerea acestor boli, dar apariția lor nu constituie o fatalitate, ea fiind condiționată de acțiunile negative ale unor factori de mediu, ale agenților infecțioși amintiți.

În viitor, alături de alți cercetători, vom continua studiarea bolnavilor cu poliartrite seronegative în vederea clarificării depline a etiopatogeniei lor și a ameliorării diagnosticului precoce și al tratamentului specific.

Tot în ultimii ani s-au realizat studii interesante privind un alt grup de boli, și anume, cel al vasculitelor sistemice, așa cum este studiul efectuat de Clinica medicală de la Spitalul „Grivița” din Sectorul I al Capitalei. Aceste vasculite, care apar ca entități independente sau în cadrul altor boli, beneficiază în prezent de investigații precise de diagnostic și de mijloace terapeutice active, ceea ce le-a îmbunătățit mult prognosticul.

Bolile de collagen în general, lupusul eritematos diseminat în special, se bucură în continuare de interesul reumatologilor și al interniştilor, așa cum sînt cei din Clinica medicală de la Spitalul „Colentina” sau din Clinica medicală de la Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”. Investigațiile imunologice, realizate în laboratoare de imunologie competente, contribuie la depistarea precoce a acestor boli și la precizarea afectării diverselor organe, ceea ce permite instituirea unui tratament adecvat. Credem că și în viitor se va acorda o atenție specială poliartritelor seronegative, vasculitelor sistemice și bolilor de collagen, ceea ce, în perspectivă, se va reflecta printr-o recuperare cît mai completă a unui număr cît mai mare de bolnavi.

Deși relativ bine cunoscută și studiată, poliartrita reumatoidă se bucură în continuare de atenția a numeroși reumatologi. Eforturi deosebite se fac în sensul precizării diagnosticului într-un stadiu cît mai aproape de debut, printr-o cît mai bună cunoaștere a manifestărilor clinice ale bolii din această perioadă și prin folosirea judicioasă și competentă a investigațiilor paraclinice. O preocupare serioasă se referă la codificarea tratamentului, în sensul precizării mijlocului terapeutic de elecție în funcție de stadiul bolii, de forma ei cli-



nică, de vîrstă și sexul bolnavului, de bolile coexistente etc. În cadrul acestor preocupări am încercat, și de cele mai multe ori am reușit, să evităm tratamentul cortizonic, care nu determină decît ameliorări trecătoare și care, din păcate, este grevat de numeroase efecte adverse.

M-am referit, în cele de mai sus, la reumatismele inflamatorii cronice și la unele boli înrudite. Aș vrea să arăt că pe plan mondial se acordă o atenție crescîndă reumatismelor degenerative, care afectează mulți adulți și vîrstnici, și care, deși lipsite de gravitate, nepunînd viața în pericol, sînt totuși grevate de multe suferințe, cu un oarecare grad de invaliditate (la o parte dintre bolnavi). Este vorba de diversele artroze (ale șoldului, genunchiului, degetelor etc.) și spondiloze (cervicală, dorsală, lombară), boli extrem de răspîndite, ale căror cauze sînt numai parțial cunoscute, fiind reprezentate de factori mecanici, traumatici, endocrini, metabolici etc.

Multe cercetări își propun să clarifice tulburările biochimice prezente în articulațiile afectate și să descopere medicamente care să poată opri evoluția proceselor degenerative. Totodată, din mai buna cunoaștere a cauzelor va rezulta și formularea unor recomandări cu scop preventiv, a căror traducere în viață să permită evitarea apariției acestor boli.

Am creionat cîteva din cercetările realizate în ultimii ani în domeniul reumatologiei, privind etiopatogenia, diagnosticul, tratamentul preventiv și curativ al unor boli reumatice.

Școala medicală românească a fost prezentă în primele rînduri în cadrul eforturilor depuse și al succeselor dobîndite în lupta desfășurată împotriva bolilor reumatice, ceea ce se reflectă prin aprecierile pozitive de care se bucură pe plan mondial și prin atenția cu care sînt înconjuțați reumatologii români cu prilejul manifestărilor științifice internaționale.

Prof. dr. doc. Șt. ȘUTEANU
Șeful Clinicii medicale —
Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”

CERCETAREA VIRUSOLOGICĂ ÎNTR-UN FUNDAMENTAL ȘI APLICATIV

Virusologia — știința virusurilor —, disciplină foarte tânără (abia peste 5 ani se împlinesc 100 de ani de la descoperirea primului virus), reprezintă pentru medicină și biologie una din cele mai importante ramuri, atât din punct de vedere teoretic cât și practic. Într-adevăr, nu numai faptul că virusurile reprezintă cauzele a peste 70% din bolile infecțioase ale omului, animalelor, insectelor, plantelor și chiar ale microbilor (și microbii își au virusurile lor, denumite bacteriofagi), dar și pentru că descoperirile ultimelor două decenii au adus date (adesea considerate ca făcând parte din domeniul științifico-fantasticului) care au contrazis chiar unele dogme ale biologiei. Mai mult, o serie de boli pe care nimeni nu accepta a fi considerate ca având „cauze infecțioase” au început să fie discutate ca având la bază un mecanism etiopatogenic viral. Astfel, mă refer la faptul că unele cazuri (nu toate) de diabet au la bază o infecție cu virusuri ca cele ale parotiditei epidemice sau virusuri Cocksackie (din grupul enterovirusurilor) sau virusuri herpetice și că există miocardite (mai ales ale copilului) care sînt prinse de virusuri din grupul Cocksackie B sau din cel encefalo-miocardic), ca și infarctele ce au la origine și infecții cu Chlamidii sau Rickettsii (germeni descoperiți de Ștefan Nicolau, alături de virusuri din grupul inframicrobilor). De asemenea, sistemul nervos central poate fi și el afectat de virusuri, determinînd și alte manifestări decît cele clasice, ca encefalitele și meningitele, și intervenind astfel în producerea unor demente (ca cea presenilă, denumită boala Kreutzfeld-Jacob), în producerea panencefalitei sclerozante supacute (PESS) (și aici originea rujeoloasă nu o mai contestă nimeni), cît și faptul că unele cazuri de scleroză în plăci sînt virale etc. etc. Nu trebuie subestimat rolul unor virusuri și inframicrobi în producerea unor sarcini patologice (în special în producerea unor malformații congenitale, în care virusul rubeolei și unele virusuri citomegalice își au rolul binecunoscut).

Dar iarăși nu trebuie uitat faptul că se cunosc virusuri tumorigene (producătoare de tumori benigne — necanceroase — la animale și puține la oameni — papiloamele de laringe, spre exemplu, sau oncogene — producătoare de cancer — la unele specii de animale), și care aruncă o lumină cu totul nouă în meca-

nismele de producere a bolii canceroase. Dacă asociem la aceste afirmații apariția în ultimii ani a unor infecții virale de o ciudățenie cu totul ieșită din obișnuit (mă refer la infecția de tip SIDA — sindromul imunodeficienței dobîndite), infecție ce pune mari probleme pentru sănătatea mondială, am adus date (și sigur nu le-am epuizat) de necontestat cu privire la importanța extraordinară a virusurilor pentru sănătatea publică, pentru patologia generală.

Dar, așa cum am precizat, virusurile au reprezentat modele experimentale de excepție pentru cercetări fundamentale cu totul excepționale, revoluționare pentru științele medico-biologice. Dacă ne gîndim la descoperirea mecanismului lor de multiplicare unic în biologie și care are loc nu prin sciziparitate, ca la microbi, ci prin biosinteză intracelulară (fiind fabricate chiar de către celula în care virusul a pătruns), de asemenea, că unele virusuri au putut fi cristalizate, că printr-un ferment — reverstrascriptază — se poate ajunge ca un ARN (acid ribonucleic) să fie copiat și să fie transformat în celulă ADN (acid dezoxiribonucleic), descoperire cu mari implicații în transformarea celulară canceroasă, că virusurile, cu dimensiuni în milimicroni (milionimi de milimetru) pot fi „tăiați”, nu cu un bisturiu ci cu enzime de restricție, și că fragmente de virusuri pot fi folosite în manopera de așa-zisă chirurgie genică, în recombinări de virusuri etc., avem o palidă imagine a contribuției aduse și, mai ales, a perspectivelor de utilizare a materialului viral în studiile de biologie medicală.

Descoperirea interferonului, a unor produși de tip antimetabolit, au deschis noi căi în combaterea virozelor, iar realizarea unor vaccinuri antivirale cu virusuri modificate (antipoliomielitice, antirujeoloase, antirubeoloase, anti febră galbenă etc.) sau cu fracțiuni virale (vaccinul împotriva hepatitei B) este premisa pentru lichidarea unor viroze; adăugînd progresele făcute în domeniul vaccinurilor sintetice, chimice, a unor vaccinuri obținute prin „chirurgie genică”, se poate vorbi la un mod foarte optimist despre profilaxia virozelor. De altfel, la ora actuală eforturile pe plan mondial în această direcție sînt de-a dreptul extraordinare.

Ținînd seama de cele atît de rezumativ menționate, apar clare direcțiile spre care se îndreaptă cercetarea virusologică, atît cea fundamentală cît și cea aplicativă. Într-adevăr, există premise justificate de a ajunge în scurt timp la combaterea majorității virozelor (inclusiv a infecțiilor cu HIV (SIDA), a obținerii de vaccinuri eficiente, chiar de vaccinuri complexe (pentru mai multe viroze în același timp), de stăpînire a proceselor de transformare celulară malignă (decî de dominare a proceselor de transformare canceroasă), de obținerea de medicamente cu acțiune eficientă în viroze (interferon, antimetaboliti, agenți naturali sau derivați ai acestora etc.), de realizarea de vaccinuri antivirale chimice, sintetice, de realizare de metode și tehnici de diagnostic ultrarapide în viroze (de evidențierea prin tehnici moleculare a unor antigene chiar înainte de apariția virusurilor complete),

de folosire chiar a unor virusuri ca vectori („cărăuși”) pentru terapii „țintite”. Există toate premisele de a se prevedea noi și mari descoperiri în mecanismele vieții, de realizare de viață artificială, acceptând ideea că virusurile sînt cele mai simple elemente dotate cu viață, stînd chiar la însăși originea vieții.

Fără discuție că școala românească de virologie, întemeiată de Ștefan Nicolau, școală care are la bază lucrările marilor Victor Babeș și Constantin Levaditi, școală continuată de elevii lor, își va aduce contribuția la dezvoltarea operei marilor înaintași, la lupta împotriva virusurilor, la progresul virologiei naționale și mondiale.

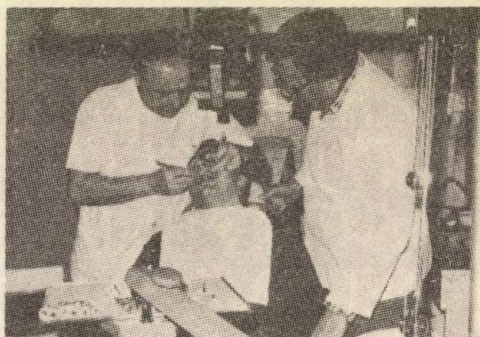
Prof. dr. doc. Șt. Nicolae CAJAL

PREVENIREA AFECȚIUNILOR BUCO-DENTO- MAXILARE

Programele de prevenire a cariei dentare au început cu timiditate abia după cel de-al doilea război mondial, între 1950 și 1960, prin fluorizarea apei de băut în statele scandinave și SUA. Cam în aceeași perioadă au început și la noi în țară acțiuni de fluorizare a apei de băut.

Urmează apoi o perioadă de vîrf între anii 1960 și 1970 cînd se organizează congrese internaționale de stomatologie infantilă (Dental Children), care arată rezultatele obținute prin fluorizarea generală, începînd să se prezinte timid și fluorizarea locală, cu fluoruri de sodiu, de staniu, cu aminofluoruri; paralel se lărgeste gama fluorizării generale cu laptele fluorurat, sarea de bucătărie fluorurată, tablete de fluorură de sodiu. Apoi, între 1970 și 1980 se stabilesc metodele de înregistrare a cariei dentare și a periodontitei, definindu-se și metodele de prelucrare statistică și de evaluare a eficienței metodelor de prevenire; în această perioadă în unele țări europene se crează cabinete de profilaxie, care, de fapt, recomandă regulile de igienă buco-dentară; se face în această perioadă o profilaxie individuală; în cabinetele de stomatologie, paralel cu tratamentele curative și destul de timid se efectuează o profilaxie în colectivitățile de copii. Și tot de-atunci, la Alma Ata se declanșază de OMS prima acțiune organizată de prevenire a bolilor, inclusiv cele dentare, din care caria dentară, periodontita și cancerul bucal ocupă primele locuri.

Anomaliile dento-maxilare sînt numai depistate precoce, indicîndu-se nevoile de tratament, care urmează să se facă de specialiștii în ortodontie. În fine, între 1980 și 1985 încep să fie aplicate programe naționale de prevenire a cariei



și parodontitei, astfel încît în 1985 se raportează rezultate remarcabile în 7 țări europene, ce au folosit fie sistemul american de prevenire (fluorizarea generală, igiena buco-dentară cu antiseptice de genul clorhexidinei, și sigilarea fisurilor și fosetelor), fie sistemul elvețian cu fluorizarea locală, dietă necariogenă și fluorizare generală cu tablete, lapte fluorurat, apă de băut în școli etc.

În prezent sînt cunoscute două sisteme de prevenire a cariei dentare: sistemul american bazat pe fluorizarea apei de băut și folosirea antisepticelor de tipul clorhexidinei în pastele de dinți și în apele de gură prevăzute în igiena buco-dentară și sistemul elvețian ce se axează pe fluorizarea locală cu geluri sau tincturi Elmex, în cadrul igienei buco-dentare și pe modificarea alimentației, înlocuindu-se zahărul rafinat cu scorbitol în majoritatea produselor de cofetărie. De reținut că sigilarea fisurilor a fost înscrisă recent în S.U.A. și în țările europene în programul de prevenire a cariei dentare.

În asemenea condiții, prevenirea afecțiunilor buco-dento-maxilare, în cadrul unui program național de acțiune, devine o necesitate cu obligația de a respecta și a da viața hotărîrilor Consiliului de conducere al Ministerului Sănătății publicate în Buletinele nr. 2/1986 și nr. 1/1987. Problema care se poate discuta este strategia ce trebuie urmată în țara noastră, ținînd seama de condițiile de aplicare a necesităților de prevenire socotite eficiente în alte țări.

În acest sens Colectivul de Cercetare în Stomatologie Infantilă din București este în curs de experimentare a unui program de cercetare, metodele folosite pînă în prezent fiind încurajatoare.

Din experiența specialiștilor din diferite țări ca și din România, rolul fluorului în profilaxia cariei dentare este definitiv precizat. Administrat pe cale generală în apa de băut, el se încorporează în smalț sub formă de fluorapatină, mărînd rezistența dintelui la declanșarea și evoluția procesului carios, în special în zonele aproximale.

Fluorul inhibă, de asemenea, metabolismul bacteriilor cariogene în mediul zaharat. În acest sens, aplicat local, are eficiență în profilaxia cariei dentare pe toate suprafețele dinților, inclusiv în fisuri și fosete. Fluorul favorizează remineralizarea dentinei și smalțului, reducînd semnificativ evoluția acută a cariei dentare; în acest sens, introducerea fluorului în produsele de obturație a cariilor simple, incipiente este foarte valoroasă. În țara noastră s-au folosit comparativ toate

cele trei metoda de fluorizare generală în mod discontinuu.

În școli din Brașov și București s-au făcut experimentări cu sucuri de fructe fluorizate, preparate de ILF Brașov, pe o perioadă de un an; experimentarea s-a referit mai mult la tolerabilitatea și acceptarea celor două sortimente de sucuri fluorizate, „Citron” și „Smeură”.

Sînt, de asemenea, experimentări de imbuteiere a apei de băut fluorizată natural și folosirea acestei ape la efectuarea de sucuri fluorurate. De asemenea, laptele fluorurat sub formă de pulbere („Cariolacta”), experimentat de noi, poate fi folosit în programul național cel puțin la preșcolari, în cămine și grădinițe. Și produsele de panificație fluorurate, „Fibro”, „Fibropan”, „Fibrogrișine” au fost experimentate cu succes, sub aspectul tolerabilității; aceste produse ar putea fi folosite în cadrul familial, iar cele pe bază de tărițe de griu putînd fi consumate de copii și bătrîni în același timp; chewing-gum-ul cu fluor, experimentat de noi cu unele rezultate favorabile, ar putea și el fi utilizat în fluorizarea generală.

Au fost folosite, de asemenea, tablete de fluor importate din R.D. Germania (Fluoretten) sau produse în țară (Concaden).

În concluzie, fluorizarea generală cu apă de băut constituie cel mai eficient mijloc de profilaxie a cariei dentare, cu deosebire la populația ce nu poate beneficia de o asistență stomatologică corespunzătoare și de o educație stomatologică eficientă; reducerea cariei dentare este importantă, variînd între 50 și 55%.

Sarea de bucătărie, fluorizată, în concentrație de 250 mg/1 kg sare este o altă metodă, ce poate fi experimentată și la noi în țară, în zonele în care nu este o aprovizionare cu apă potabilă centralizată.

Fluorizarea locală cu pastă de dinți, geluri, tincturi sau ape de gură cîștigă din ce în ce mai mulți adepți.

Gelurile și tincturile cu aminofluoruri de tip Elmex, aplicate de medicii stomatologi au redus cariile dentare cu 20%, indicii CAO reducîndu-se cu încă 0,71, pe o perioadă de 5 ani.

Apa de gură fluorurată cu fluorură de sodiu („Perla” I, și „Perla” II) sau în aminofluoruri (Meridol-Elmex) reduce caria dentară cu încă 10-15%, dacă se utilizează zilnic, după brosajul cu paste de dinți fluorurate; eficiența în aceste cazuri este cumulată, reducînd de 15 ori prețul de cost al tratamentului cariilor.

Asocierea produselor fluorurate pe cale generală sau locală este utilizată în multe țări, cum ar fi SUA, Canada, Australia, Noua Zeelandă, eficacitatea profilactică crescînd semnificativ.

Nu există contraindicația aplicării locale a produselor fluorurate în cazul folosirii apei de băut fluorurată artificial sau a unor alimente fluorizate artificial.

Și totuși, fisurile și fosetele rămîn zone de retenție alimentară, zone receptive la carii, neinfluențate de fluorizarea generală sau locală. În aceste cazuri sigilarea fisurilor și fosetelor se înscrie ca a treia metodă eficientă în profilaxia cariei dentare. Utilizarea de rășini speciale sau

materiale compozite a adus dovezi asupra eficacității acestor produse.

În țara noastră este în curs de experimentare produsul „Sigilar”, înlocuind produsul american „White Sealant”.

O altă mare concluzie, reieșită tot din experiența specialiștilor stomatologi străini și români, arată că nocivitatea produselor zaharoase și făinoase este stabilită în cariogeneza, remanenta pe dinți a resturilor zaharoase și făinoase favorizînd producerea plăcii dentare microbiene determinantă a cariei dentare.

Reducerea dulciurilor sub 10% din rația calorică și mai ales îndepărtarea resturilor alimentare în primele minute după masă prin brosaje viguroase constituie principala metodă profilactică în caria dentară.

Înlocuirea zahărului rafinat din produsele zaharoase cu glucide ce nu fermentează constituie a doua metodă ce se folosește cu succes în profilaxia cariei.

Folosirea de alimente dure, ce stimulează masticția și salivația de genul legumelor dure, bogate în celuloză, a fructelor bogate în vitamine sau a tărițelor de griu în produsele de panificație formează grupa alimentelor recomandate în profilaxia cariei dentare.

Adăugarea de săruri fluorurate în unele produse alimentare, ca laptele, sucurile de fructe, produsele de panificație și în sarea de bucătărie constituie o altă metodă eficientă în profilaxia cariei.

În fine, gingivita maxilară și periodontita reprezintă a doua afecțiune buco-dentară cu o frecvență îngrijorătoare la populația țării noastre, depășind 40% la vîrsta de 12 ani și 85% la adolescență. Factorul infecțios este cert: flora micro-anaerobă predomină, determinînd cunoscutele reacții inflamatorii, edem, rubefacție, senzații dureroase și vasodilatație ce favorizează sîngerarea spontană sau provocată. Înregistrînd codificat după îndrumarul OMS, sîngerarea, tartrul și pungile gingivale de 3,5 mm și peste 3,5 mm, am putut analiza epidemiologia gingivitelor marginale la copii și periodontitele cu cele 3 forme: lewis, bravis și complicate.

În programul nostru ne propunem să readucem gingivita marginală (sîngerarea) sub 20% la copiii pînă la 12 ani, la 18 ani 85% din tineri trebuind să aibă o mucoasă gingivală normală, fără sîngerări, igiena buco-dentară adecvată, corectă devenind o obișnuință de la vîrsta copilăriei. După vîrsta de 14 ani devin necesare detartrajele periodice, formarea tartrului nefiînd influențată de igiena buco-dentară.

Dacă la aceste metode preventive în caria dentară și în paradontopatii se adaugă îndepărtarea factorilor de risc, cum ar fi tabagismul și alcoolul la tineri, realizăm într-adevăr o profilaxie reală buco-dento-maxilară.

Prevenirea anomaliilor dento-maxilare reprezintă, la rîndul său, o mare problemă, care a intrat în preocupările specialiștilor și care se realizează, de asemenea, în cadrul amplului Program de sănătate

Prof. dr. Petre FIRU

PROFILAXIA AZI ȘI MÎINE

Noțiunea de **profilaxie** nu este nouă. Încă în Grecia antică medicina hipocratică deosebea aceste două laturi principale ale activității medicale: prevenirea și tratamentul bolilor. Asklepios zeul vindecării, avea două fete: Higeia, reprezentă igiena, profilaxia bolilor, și Panokeia, simbolizînd tratamentul, activitatea curativă.

Marile cuceriri ale științei în general și ale medicinei în special— îndeosebi în ultimii ani—, prin cunoașterea din ce în ce mai profundă a organismului uman, a funcționării acestuia, a cauzelor vătămărilor de orice fel, cit și a mijloacelor de tratament, a deschis noi perspective și posibilități concrete nu numai tratamentului eficace, dar și prevenirii oricăror vătămări ale sănătății. Prolungirea duratei medii de viață, care în prezent în țara noastră este în jur de 70 de ani, se datorește nu numai noilor metode de tratament medicamentos și chirurgical, ci— în primul rînd— aplicării în masă a măsurilor de igienă. Descoperirea antisepsiei și asepsei în chirurgie, obstetrică și multe alte ramuri de specialitate ale medicinei, antibioticele, vaccinările obligatorii au scăpat populația de multe infecții periculoase. Să ne gîndim la boli ca: difteria, tusea convulsivă, tetanosul, poliomielia, dizenteria, holera, variola, dispărute sau rar întîlnite în patria noastră.

Dacă bolile infecțioase acute și pericolele lor au dat înapoi, au apărut în schimb alte vătămări legate de viața modernă, pe care azi le numim riscuri pentru sănătate și viață. Unele au fost inexistente în trecut mai îndepărtat, altele au crescut ca pondere în ultimii ani. Aceste vătămări acționează de obicei asociate unele cu altele, adică plurifactorial, agravîndu-și reciproc efectul asupra organismului, ducînd la accidente, imbolnăviri acute și cronice, invalidări și moarte înainte de vreme. Fără să intrăm în amănuntele clasificării riscurilor, ne vom referi la cîteva exemple.

Astfel, există riscuri genetice, care au ca rezultat apariția de malformații și boli congenitale, față de care medicina poate face deocamdată puțin.

O altă categorie de riscuri se referă la cele prezente în mediul înconjurător, în mediul extern în care trăim și lucrăm, ca de exemplu: radiațiile, poluarea aerului, apei și solului, agenți infecțioși și mecanici etc. Ne ferim de ele respectînd regulile igienei: curățenia corporală, securitatea muncii, igiena circulației rutiere etc.

În fine, mai amintim și de riscurile comportamentale, adică cele cu care ne confruntăm în așa fel încît acțiunea lor depinde de atitudinea noastră față de ele. Astfel, un trio al acestora este reprezentat prin cele trei S-uri: supraalimentația, sedentarismul și stresul. Frecvent asociate în viața cotidiană, au rol în dezvoltarea unor im-

bolnăviri ca: obezitatea, hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, apoplexia, diabetul zaharat și complicațiile lor, uneori funeste. La acestea se adaugă riscurile cu nimic mai puțin grave ale tabagismului, ale consumului abuziv de alcool, al farmacofagiei, care constituie ceea ce se numește toxemia vieții moderne. Evitarea acestora— în mod concret abandonarea tabagismului, temperanța la băutură, renunțarea la abuzul de medicamente— depinde de inteligența și voința omului. Schimbarea atitudinii față de riscuri poate transforma răul în bine.

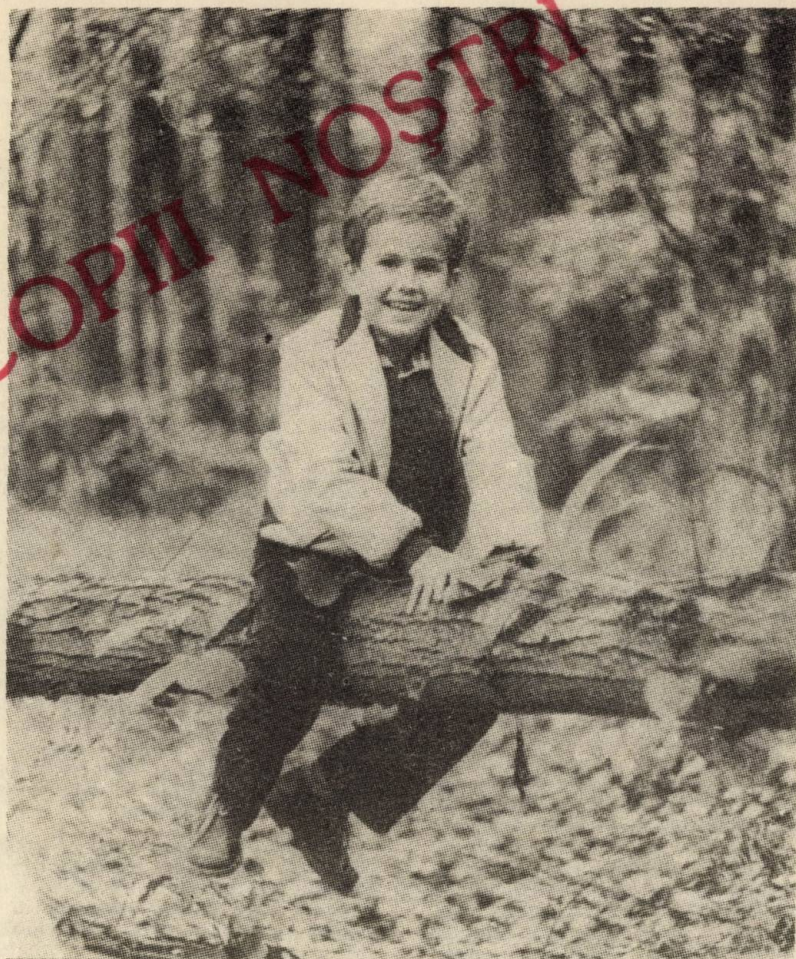
De cînd există activitate vindecătoare există și profilaxie, adică recomandări privind păstrarea sănătății. Pînă în trecut nu prea îndepărtat această activitate era denumită educație sanitară, constînd în răspîndirea mai mult sau mai puțin sistematică a cunoștințelor de igienă. Azi, paralel cu dezvoltarea societății, exigențele au crescut mult, formele educației sanitare au fost diversificate după vîrstă, sex, activitate socială etc. Pe lîngă expuneri, se utilizează concursuri tematice, filme, diafilme, afișe, pliante, broșuri în vederea transmiterii de cunoștințe. Dar tot atît de importante modificări a suferit conținutul educației sanitare. Să ne gîndim la Programul-cadru obligatoriu în școli din 1978, cu tematică profilactică pe grupuri de vîrstă (de la grădiniță pînă la învățămîntul superior), la cursurile de prim-ajutor obligatorii pentru conducătorii auto și multe alte categorii de oameni ai muncii, la cursurile san-minim pentru cei din industria alimentară etc.

În ultimii ani educația sanitară se consideră o activitate ce urmărește dezvoltarea culturii sanitare, care cuprinde nu numai cunoștințe privind păstrarea și dezvoltarea sănătății, dar și un comportament corespunzător recomandărilor științei medicale contemporane. Problema culturii sanitare s-a îmbogățit cu o serie de alte puncte de vedere și recomandări provenite din domeniul altor științe: psihologie, sociologie, pedagogie, drept, etologie, organizare și economie sanitară.

Este un fapt demonstrat de psihologie că personalitatea umană este capabilă de a se dezvolta, perfecționa, autorealiza, pe tot parcursul vieții. În esență, este vorba de acumularea de cunoștințe, experiență și schimbarea comportamentului. Vorbim de educație permanentă sau de andragogie (educația adultului), din tematica căreia nu pot lipsi cunoștințele legate de păstrarea și dezvoltarea stării de sănătate. Aceste principii au înviat activitatea preventivă pe mapamond în anul 1978, cînd au fost formulate importante recomandări ale Organizației Mondiale a Sănătății cu privire la așa-numita îngrijire primară a sănătății. Acestea se bazează pe principiul că realizarea sănătății pentru toți implică participarea întregii societăți: individ, familie, alte grupe organizate și neorganizate, opinia publică etc. În acest context se cuvine să amintim că Legea nr. 3/1978 privind apărarea sănătății populației obligă atît individul cit și colectivitățile de orice fel (familie, școală, instituții, organizații de masă), la asumarea de răspunderi, inițiative și activități profilactice în apărarea sănătății proprii și a colectivității.

Prof. dr. Ander ZOLTAN

COPILII NOȘTRI



Copilul rîde:
„Înțelepciunea și iubirea mea e jocul!”

LUCIAN BLAGA

Există oare imagine mai frumoasă pe această planetă bogată în frumuseți decît aceea a unui copil rîzînd și jucîndu-se în soare?... Copiii, copiii noștri, ai oamenilor, frumoși și veseli, ne uimesc mereu și mereu prin miracolul naturii pe care îl întruchiează, prin trăinicia structurii sociale pe care o reprezintă.

Genetic, copiii seamănă cu părinții lor și cu părinții părinților lor, purtînd către viitor zestrea biologică, mesajul informațional al generațiilor trecute și actuale către cele viitoare. Dar, fiecare copil este un unicat și zestrea biologică ancestrală pe care o moștenește și o conservă este modificată, înnoită, regenerată în structura proprie a unei individualități noi. Moștenirea și noutatea, pecetea strămoșilor și prefigurarea urmașilor se îmbină armonios în ființa plîpîndă dar bine conturată a copilului.

Copilul nu este însă doar un miracol al naturii. Fiu al omului, copilul este întotdeauna al unei familii, al unui popor, al unei societăți, al unui timp social care îi marchează personalitatea, îi orientează dezvoltarea, îi influențează viitorul. Înclinațiile și potențele biogenetice se împlinesc și se educă numai în societate, prin procesul complex al învățării de-a lungul întregii vieți. De aceea, familia și societatea, cadrele propice ale formării copilului, sînt permanent responsabile de modul în care acesta crește și se dezvoltă.

Cu cine seamănă copiii noștri? Cu noi în primul rînd, dar și cu cei care îi vor urma. De aceea – privindu-i și iubindu-i – admirăm, contemplăm și iubim în ei nemurirea ființei umane.



COPILUL ÎNTRE 0 ȘI 3 ANI; PARTICULARITĂȚI - ÎNGRIJIRE

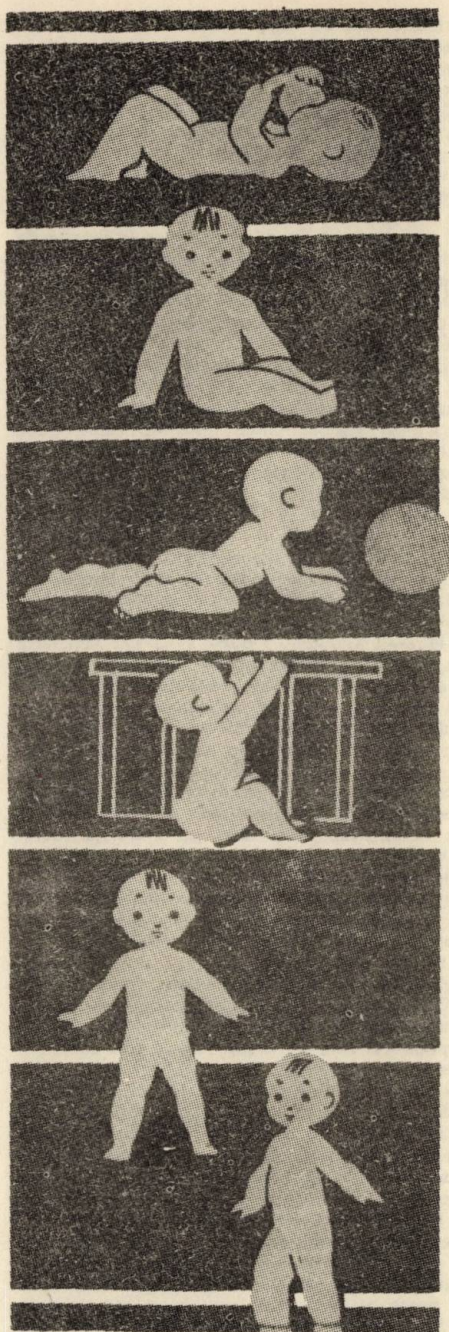
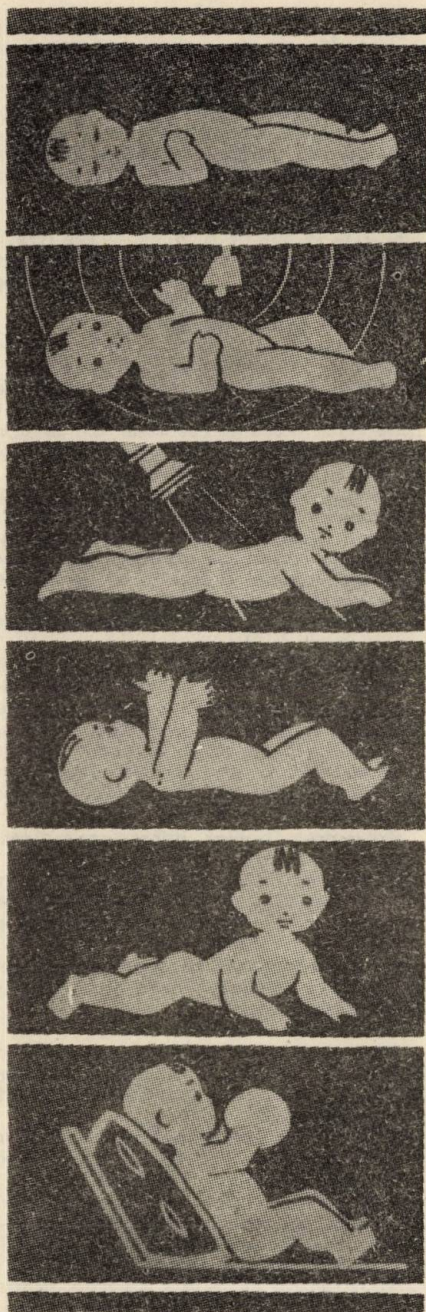
Prima copilărie (perioada primilor 3 ani de viață a copilului) se subdivide în perioada de nou-născut (0—28 zile), sugar (1 lună—1 an) și copil mic (1—3 ani). Pentru acordarea unor corecte îngrijiri a copilului este necesară rememorarea unor particularități anato-mo-fiziologice și a unor aspecte de patologie caracteristice fiecărei perioade a primei copilării.

Perioada de nou-născut (0—28 zile) reprezintă una dintre perioadele dificile, de adaptare la viața extruterină. Deosebim un nou-născut la termen (copil născut la 280 de zile de gestație), un nou-născut prematur (copil născut înainte de termen, între a șasea și a noua lună), un nou-născut postmatur (când perioada de gestație este depășită cu mai mult de 7 zile). Aspecte morfologice caracteristice deosebesc nou-născutul la termen de prematur. Nou-născutul la termen prezintă talie medie de 50 cm, greutate medie de 3 000 g, perimetrul cranian de 34—35 cm, cel toracic de 32 cm, țesut adipos subcutanat bine dezvoltat, prezenta pe piele a unei grăsimi (vernix caseosa), peri fini pe umeri și frunte (lanugo), unghii ce acoperă pulpele degetelor, testicoli coboriți în scrot, la băieți, labii mari ce acoperă pe cele mici, la fete. Prematurul, în contrast cu nou-născutul la termen, prezintă nu numai deosebiri anatomice, ci și mari deficiențe fiziologice privind funcția de nutriție, respiratorie, tendința marcată la scăderea temperaturii corpului, hemoragiile, infecții, ce obligă la îngrijiri cu totul deosebite, cu cât gradul de prematuritate este mai mare: gradul I — cu greutatea 2 000—2 500 g; gradul II — cu greutatea 1 500—2 000 g; gradul III — 1 000—1 500 g; gradul IV — sub 1 000 g la naștere. Scorul Apgar sub 7 impune îngrijiri speciale și după ieșirea din maternitate, recomandându-se luarea lor în evidență specială de către medicul pediatru din teritoriu. Scorul Apgar de la 8 la 10 indică o stare bună la naștere, ce nu necesită reanimare. Din punct de vedere fiziologic, nou-născutul prezintă un număr mai mare de respirații, bătăi cardiace, hematii și leucocite, scaune de culoare verzuie la început (meconiu), apoi galben-auriu în alimentația naturală și albe-chitose în cea cu lapte de vacă, tonus muscular la început crescut (hipertonie fiziologică). Dacă văzul este mai puțin clar în primele zile după naștere, iar auzul dificil de apreciat, mirosul, gustul, ca și simțul tactil sînt prezente de la naștere. La această vîrstă întîlnim anumite reflexe (arhaice, de postură), pe care nu le găsim la alte perioade decît în mod patologic.

Din punct de vedere fiziologic mai există trei manifestări deosebite: scăderea fiziologică în greutate, icterul fiziologic și criza genitală a nou-născuților, manifestări care dispar fără nici un tratament. Perioada de nou-născut se caracterizează printr-o creștere rapidă staturală și ponderală, slabă dezvoltare a sistemului nervos și, ca urmare, a funcțiilor de relație, cu predominanța centrilor subcorticali, importanța imunității transmise transplacentar față de cea dobîndită, tendința de generalizare a infecțiilor, ce îmbracă aspect grav, septicemic. Patologia acestei perioade este dominată de malformațiile congenitale și afecțiunile legate de actul nașterii (traumatisme, infecții), calitatea îngrijirilor acordate de mamă avînd o deosebită importanță; alimentația la sîn, respectarea strictă a regulilor de igienă a nou-născutului, supravegherea atentă și calificată a manifestărilor lui, cu luarea celor mai indicate măsuri, sînt doar cîteva din aceste cerințe.

Perioada de sugar (1 lună—1 an) se caracterizează prin ritm intens al creșterii în greutate și lungime (greutatea se dublează la 5 luni, se tripletează la 1 an, iar lungimea crește cu 20—24 cm, perimetrul cranian cu 12 cm), amplificarea treptată a importanței funcțiilor de relație, prin dezvoltarea funcțiilor locomotorii, lărgirea cîmpului de cunoaștere și formarea funcției digestive, cu trecerea treptată de la alimentația lăcrată la un regim mai variat, reducerea imunității transplacentare și dezvoltarea imunității active cu înlocuirea stărilor septicemice cu boli localizate la anumite organe. Patologia dominantă pe perioada de sugar este reprezentată de boala diareică, boli ale aparatului respirator, boli de piele, carențe alimentare (malnutriție proteino-calorică sau distrofie), rahitism, anemie.

Perioada de copil mic, antepreșcolar (1—3 ani), prezintă următoarele caracteristici: încetinirea ritmului de creștere (greutatea crește cu 3 kg între 1 și 2 ani, cu 1,5 pînă la 2 kg de la 2 la 3 ani, iar lungimea cu 12 cm de la 1 la 2 ani, cu 10 cm de la 2 la 3 ani), modificarea raportului între cap, trunchi și membre, completarea primei dentiții de lapte, dezvoltarea funcției locomotorii, dezvoltarea continuă a scoarței, ce facilitează formarea reflexelor condiționate, cuvîntul căpătînd valoarea unui nou sistem de semnalizare, de unde decurge marea importanță a educației copilului pentru formarea bunelor deprinderi. Bolile mai frecvente în această perioadă sînt accidentele și intoxicațiile, bolile intercurrente — unele boli infecto-contagioase, unele tulburări de comportament, prin defecte de îngrijire.



Alimentația copilului reprezintă o problemă deosebită, ce condiționează starea sa de sănătate. Alimentația naturală este ideală pentru primele 4—6 luni de viață a copilului. Rămîne de necontestat afirmația că laptele și dragostea de mamă nu se pot înlocui. Întărcarea nu este indicată sub vîrsta de 6 luni, dar nici peste 9—12 luni. În cazul imposibilității alimentației naturale se trece, în

funcție de situație, fie la alimentația mixtă (administrarea alături de laptele de mamă sau alternativ cu acesta a unui preparat din lapte), fie la alimentația artificială (administrarea unui alt preparat din lapte decît cel de mamă în primele 4—6 luni de viață ale copilului). În alimentația mixtă sau artificială se pot utiliza preparate de lapte integral, tip „Lactosan”, „Rarăul”, „Mureșul”, „Suceveanca”.

În primele luni de viață, la copilul prematur sau distrofic (malnutriție proteino-calorică), ca și în realimentarea după diaree, se pot folosi preparate semicremate de lapte „Lacto” (în prima lună de viață), „Lacto I” și „Lacto II” (în primele 2—3 luni), „Gluvilact I” (până ce copilul ajunge la greutatea de 4 500 g), „Gluvilact II” (peste 4 500 g). Sînt utilizate, de asemenea, cu succes preparate „umanizate”: „Humana O” (până la 3 000 g), „Humana I” (până la 4 500 g), „Humana II” (peste 4 500 g), „Similac” (în diluții diferite în funcție de vîrstă), precum și cele „semiumanizate”: „Robebi A” (până la 4 500—5 000 g), „Robebi B” (peste 4 500—5 000 g), „Robolact” (prematuri sau sugari pînă la 3 000 g), „Luci” (preparat românesc ce se poate administra din prima săptămînă de viață). Utilizăm și preparatele terapeutice de lapte, cum sînt „Eledon” (la prematuri, în realimentarea după diaree), „Humana H” sau „Lacto-fort” (în realimentarea celorlalți copii după diaree, mai ales ale celor produse de intoleranță la lactoză). Rația alimentară se stabilește în funcție de calorii și de lichide: în trimestrul I de viață 110—120 cal/kg/zi și 150—180 ml/kg/zi de lichide; în trimestrul II 100—200 cal/kg/zi și 130—160 ml/kg/zi de lichide; în trimestrul III 100 cal/kg/zi și 110—140 ml/kg/zi; în trimestrul IV de viață 100 cal/kg/zi și 100—120 ml/kg/zi. Numărul de mese cuprinde: 6—7 în prima lună, 6 pînă la 2—2 1/2 luni, 5 după 3—3 1/2 luni. Încă de la o lună și jumătate începe introducerea sucului de fructe, la 3—4 luni trecîndu-se la diversificarea alimentației prin introducerea treptată a supei de zarzavat, făinosului cu lapte, mesei de fructe, piureului de legume, cîrnil de pui sau de vacă, supei de carne, gălbenușului de ou, brînzei de vaci, iaurtului. Introducerea acestor alimente se recomandă cînd sugarul este sănătos, ea făcîndu-se în cantități progresive, cu lingurița, niciodată simultan cu un alt aliment. După vîrsta de un an alimentația tinde să se apropie de cea a adultului. În alimentație se vor da zilnic 400—500 ml de lapte și carne, iar oul, de acum complet, se poate administra la două zile sau chiar zilnic. De asemenea, se vor menține brînză, unt, ulei de floarea soarelui, ulei de porumb, făinoase, fructe, zarzavat. Ciocolata proaspătă se poate da în prima jumătate a zilei, evitîndu-se la copiii agitați. Băuturile alcoolice, cafeaua, ceaiul rusec sînt contraindicate la această vîrstă. Nu se vor da dulciuri între mese. Nevoile de somn ale copilului sînt: pentru nou-născut — 21 ore; pentru copilul de 1 an — 13—15 ore; de 3 ani — 13—14 ore.

Dezvoltarea neuropsihică în prima copilărie se apreciază după parametrii de dezvoltare motorie, cognitivă, a vorbirii și social-afectivă. Prezentăm în continuare cîțiva parametri:

Dezvoltarea motorie: ține capul drept la 3 luni; șade nesrijinit la 6—8 luni; se ridică singur în picioare, agățîndu-se de grătile patului la 9 luni; poate prinde și ține un obiect mic cu policele (degetul mare) și arătătorul la 11 luni; face primii pași singur la 12 luni; aleargă bine la 18 luni; se urcă singur pe scaun, în pat la 24 de luni; sare pe loc cu ambele picioare la 27 de luni; merge în vîrfurile picioarelor la 30 de luni; urcă și coboară singur scările la 36 de luni.

Dezvoltarea cognitivă: își recunoaște mama la 3 luni; diferențiază biberonul de jucărie la 6 luni; reacționează imediat la pronunțarea numelui său la 8 luni; caută și găsește o jucărie ascunsă în șer-

vet la 10 luni; recunoaște cinci părți din corp și le arată la 21 de luni; cunoaște două poziții spațiale (sus, jos) la 33 de luni; deosebește două culori, două forme, două lungimi la 36 de luni.

Dezvoltarea vorbirii: emite primele silabe la 8 luni; pronunță primul cuvînt la 11 luni; formulează primele propoziții simple la 21 de luni; reproduce poezii la 33 de luni; folosește corect pluralul la 36 de luni.

Dezvoltarea social-afectivă: zîmbește la 2 luni; ride în hohote la 4 luni; începe (vrea) să se dezbrace singur la 12 luni; începe să se îmbrace singur la 30 de luni; se apropie de alți copii, se joacă cu ei la 36 de luni.

Dentiția temporară (de lapte) începe să apară în perioada de sugar, la vîrsta de 6 luni, terminîndu-se la 2—2 1/2 ani, cînd copilul are 20 de dinți. Cu ocazia erupției dentare copilul poate prezenta o secreție salivară mai abundentă, o durere locală, iritabilitate, scăderea apetitului, dar ar fi o greșeală ca anumite stări de boală cu febră, diaree etc. să le atribuim erupției dentare.

Călirea organismului copilului se realizează prin utilizarea rațională a factorilor naturali — aer, apă, soare —, la care se adaugă exercițiile fizice și gimnastica. De menționat că primăvara și vara copilul poate fi scos la aer de la vîrsta de 2—3 săptămîni, iar în anotimpul friguros de la 4—5 săptămîni. Copilul va fi scos la plimbare zilnic și chiar de două ori pe zi.

Profilaxia rahitismului. Se realizează prin administrarea vitaminelor D₂ sau D₃ (vara, helioterapia) după schemele indicate de medic, ea începînd din primele zile după naștere fie prin administrări de vitamină D injectabilă, la anumite intervale de timp stabilite, fie prin administrarea de vitamină D zilnic, pe cale orală, în cantități mici, stabilite de medic.

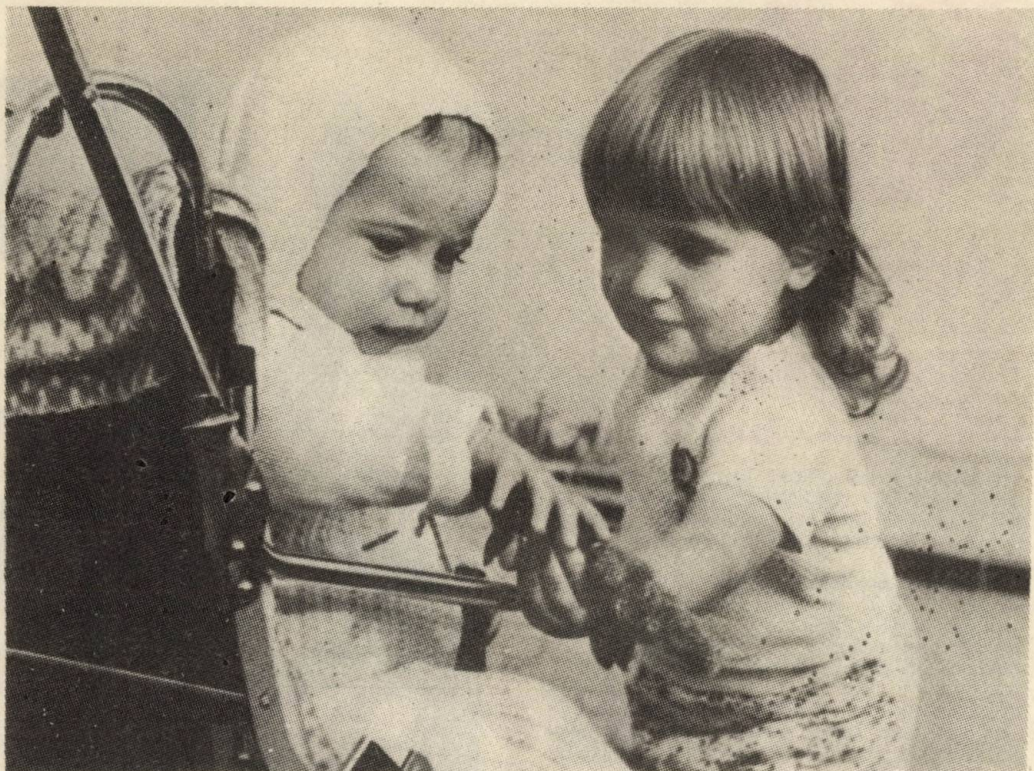
Prevenirea bolilor infecto-contagioase, în afara unor măsuri profilactice generale, se realizează prin vaccinare. De menționat că în primul an de viață sînt obligatorii, după un anumit calendar, vaccinarea B.C.G. (împotriva tuberculozei), trivaccinul D-TE-PER (antidifteric, antitetanic și anti-pertusis), precum și vaccinarea antipoliomielitică, antirujeolică. În anul al II-lea și al III-lea se fac anumite revaccinări.

*

Considerăm util să reamintim măsurile ce trebuie luate în familie în cazul imbolnăvirilor grave ale copilului la această vîrstă pînă la sosirea medicului.

În fața unor crize de convulsii, pînă la sosirea Salvării (care îl va duce rapid la spital), se vor lua următoarele măsuri: va fi dezbrăcat (pentru a nu-l stringe îmbrăcămîntea), va fi culcat pe spate sau pe o parte (cu capul răsturnat pe spate și situat mai jos decît trunchiul, pentru a nu se favoriza astuparea bronhiilor de secreții sau lichid de vărsătură); la sugarul mare, care are dinți, pentru evitarea mușcării limbii, arcadele dentare se vor ține îndepărtate cu o linguriță înfășurată în mai multe straturi de tifon.

Dacă are febră ridicată se va administra un supozitor (Paracetamol, Aminofenazonă L) și, eventual, o împachetare; aceasta se face cu un cearceaf muat în apă la temperatura de aproximativ 40°C și apoi stors, cu care învelim copilul, lăsîndu-i doar capul liber; mai putem aplica o compresă rece pe frunte; dacă temperatura se menține, se va face o baie caldă (37°), prelungită.



În cazul de **vărsături și diaree**, se va suprima alimentația și se va administra sugarului, în funcție de toleranță, doar apă fiartă și răcită, ceai de plante (Anason, Chimen, Mușel, Tei sau Mentă), îndulcit cu 10 lingurițe de zahăr rase la 1 litru de ceai; cantitatea de lichide, la început redusă. — 1—2 lingurițe la câteva minute —, va crește treptat, în funcție de toleranța digestivă a copilului. Medicul va stabili apoi, după dieta hidrică, alimentația de tranziție și realimentarea copilului în raport de vîrstă și gravitatea bolii.

Cînd sugarul cade de pe masa de înfășat, de pe cîntar sau pătuț, pe zonele unde se constată vînatăi se vor aplica comprese reci sau pungă cu gheață, iar dacă dă și semne de pierdere cunoștinței și vomită, va fi dus imediat la medic și i se va face radiografie craniană.

În caz de sufocare din diferite cauze, ca măsură imediată i se va face respirație „gură la gură”, se vor deschide larg geamurile pentru a avea aer curat, și se cheamă imediat Salvarea; în respirația „gură la gură” la sugar, gura celui ce face reanimarea va acoperi atît gura cit și nasul copilului; se vor face aproximativ 20 de insuflații pe minut; se va asigura permeabilitatea căilor aeriene.

În stop cardiac se asociază masajul cardiac extern, realizat prin apăsări ritmice (80—100 de apăsări/min.) ale mîinilor celui ce reanimează pe sternul copilului, la nivelul mameloanelor, copilul fiind culcat pe spate pe un plan orizontal rigid.

Arsurile se tratează în raport de gradul lor. Acasă vor fi îngrijite doar arsurile de gradul I; acestea se pot spăla timp mai îndelungat cu apă

rece (la copii mai mari); urmează o badijonare cu alcool, după care pielea se lasă descoperită; în cele de gradul II și III rănile se vor acoperi cu cearceafuri sau pinze cit mai curate și, fără a sparge bășicile cu lichid, copilul va fi transportat urgent la spital; nu se îndepărtează de pe el hainele carbonizate; în timpul transportului va sta culcat, cu capul mai jos decît trunchiul, fiind supravegheat cu atenție.

Intoxicațiile (otrăvirile) accidentale pot surveni și la sugar, mai ales cele medicamentoase, în urma unor confuzii pe care le poate face mama, administrînd medicamente nepotrivite vîrstei copilului sau supradozînd medicamentul. Mama, pînă la sosirea medicului, va încerca să-i producă copilului vărsături, introducînd în faringele copilului un deget (învelit într-o batistă curată) sau coada unei linguri, acesta fiind așezat de-a curmezișul pe coapsele unei persoane adulte, stînd cu fața în jos și cu capul mai jos decît restul trunchiului, abdomenul fiind comprimat; nu se va face încercarea de a produce vărsături cînd starea de cunoștință a copilului este pierdută (comă toxică), cînd copilul este în criză de convulsii sau este vorba de o intoxicație cu petrol ori detergenți. Cînd există o unitate sanitară apropiată, copilul va fi dus acolo pentru a i se efectua spălături gastrice. Mama va prezenta medicului resturile substanței și nu va ascunde niciodată adevărul în legătură cu substanța ingerată.

Dr. Arghir POPESCU
medic primar,
directorul Spitalului de copii „23 August”.



CALENDARUL DEZVOLTĂRII PSIHOFIZICE ÎNTRE 3 ȘI 14 ANI

Creșterea și dezvoltarea fizică și psihointelectuală a copilului înregistrează multe particularități după vîrsta de 3 ani, condiționate de întrepătrunderea factorilor ereditari, hormonal și de mediu.

Creșterea ponderală înregistrează în medie un plus de 2-2,5 kg anual. Greutatea optimă a copilului se poate calcula ușor după o formulă simplă: greutatea = $2 \times \text{vîrsta în ani} + 9$ (de exemplu, un copil de 5 ani are în medie o greutate de $2 \times 5 + 9 = 19$ kg). În perioada pubertară creșterea devine accelerată, cu diferențieri în funcție de sex. Astfel, greutatea sporește anual cu 4-5 kg, la fete între 13 și 15 ani și la băieți între 15 și 17 ani.

Creșterea staturală. La sfîrșitul celui de-al treilea an, copilul măsoară în medie 88 cm. Talia sporește apoi cu 5-6 cm anual. Creșterea în înălțime este mai accelerată la vîrsta de 7 ani pentru ambele sexe și la vîrsta prepubertară (11-13 ani pentru fete și 13-15 ani pentru băieți), cînd acesta se face cu 7-8 cm pe an. Talia optimă se poate calcula ușor după formula: $6 \times \text{vîrsta în ani} + 80$ (de exemplu, un copil de 9 ani are în medie înălțimea de $6 \times 9 + 80 = 134$ cm).

Dezvoltarea psihomotorie și intelectuală la vîrsta de 3 ani copilul are numeroase achiziții: mișcările sînt sigure și agere, vocabularul este bogat (cîteva sute de cuvinte), vorbirea este clară și corectă din punct de vedere gramatical (după modelul oferit în mediul familial sau în colectivitate); reține poezii scurte, povesteste, discută; i se îmbogățesc relațiile cu adultul și i se lărgeste activitatea independentă (construiește, desenează, privește imagini); este posibil să practice jocuri cu reguli și pe cele în colectiv; primește și execută însărcinări; mîncîc singur, se duce singur la oîță; începe să se spele și să se dezbrace; spune „bună ziua” și „mulțumesc”.

Dezvoltarea motorie și psihointelectuală după vîrsta de 3 ani prezintă unele particularități legate de vîrsta cronologică a copilului ce pot fi grupate în 3 perioade:

1. **Perioada de preșcolar** (3-6 ani) este dominată de activitatea motorie. Copilul de 4-5 ani „ste prin excelență un „neastîmpărat”, care trăiește bucuria mișcării. Această mișcare capătă treptat spontaneitate, coordonare, dezvol-



tură, armonie. Copilul imita mișcările observate la alții, gesturile sale însoțesc și subliniază cuvîntul și sentimentele. După vîrsta de 3 ani el știe să circule cu tricicleta și să facă viraje, să arunce o minge. La 4 ani sare într-un picior, duce o ceașcă cu apă fără să o verse, se îmbracă și se dezbrace singur. Este capabil să deseneze cu creionul un pătrat sau un triunghi, capătă gustul desenatului. La 5 ani încearcă coarda de sărit, patinele cu roțile, bicicleta. La 6 ani poate executa aproape orice mișcare fizică. De acum încolo grația mișcărilor preșcolarului se estompează în favoarea forței.

Gîndirea în această perioadă este intuitivă, dezvoltată pe sistemul de cunoaștere oferit de limbajul vorbit în jurul său. Cu ajutorul experiențelor nelimitate, căpătate prin contactul cu mediul înconjurător, copilul începe să rețină evenimentele trăite. El gîndește ceea ce pricepe, își reprezintă percepții și acțiuni pe care le interiorizează.

Diferențierea anatomică dintre sexe apare tot în jurul vîrstei de 3 ani, cînd copilul își descoperă organele genitale. În relația afectivă dintre copii și adulți intervine și o componentă sexuală, cu o înclinare mai evidentă pentru părintele de sex opus. Această descoperire pune copilului problema apartenenței la unul din sexe. Întrebările, atît de frecvente, „de ce” și „cum”, pe care le pune la această vîrstă, includ în mod inevitabil și domeniul sexual. Percepția diferențelor anatomo-

mice între indivizi inițiază destrămarea egocentrismului dezvoltat în primii 2 ani de viață și a credinței că toți oamenii sînt la fel ca el. Comparația cu cei din jur îi modifică perspectiva din care copilul își vede părinții. Personajul patern, cu rol de „satelit” al mamei de pînă atunci, devine un personaj central. Mama, care îi aparține copilului în exclusivitate, capătă o existență proprie. Treptat, își dă seama de intensitatea legăturilor afective dintre părinții săi și interiorizează realitatea trinomului mamă-tată-copil. În familia cu mai mulți copii dezvoltarea afectivă poate fi marcată de sentimentul geloziei infantile între frați și surori, generind nu rareori tulburări de comportament. În evitarea unor conflicte sufletești atitudinea părinților este esențială, nu numai în sensul de a-i trata pe toți copiii la fel, dar și în a asigura fiecăruia tandrețea de care are nevoie.

Socializarea copilului începe în această perioadă prin includerea lui în colectivitate. La grădiniță preșcolarul poate obține beneficii mari prin activitatea colectivă și organizată. Aceasta îi limitează egocentrismul, îi crește încrederea în sine, îi sporește adaptabilitatea socială și curiozitatea intelectuală în condiții pe care familia actuală rareori este în stare să le ofere.

2. Perioada de școlar mic (între 6 și 9/10 ani) este dominată de intrarea copilului la școală, într-un mediu neutru din punct de vedere afectiv, și de adaptarea sa la noua condiție. Copilul are îndatoriri, învață să-și rezolve sarcinile și să-și apere drepturile, participă la diferite aspecte ale vieții sociale. Contactul cu realitatea extrafamilială și cu învățămîntul îl socializează în continuare. Gîndirea se dezvoltă iar intuiția este înlocuită cu operații logice. Achizițiile intelectuale sînt semnificative. Raționamentul corect se instalează la sfîrșitul acestei perioade.

Atașamentul afectiv se orientează către părințele de același sex. Apare o timiditate ca formă de apărare față de cei care s-ar amuza de intimitatea lui.

În această perioadă, pînă la dezvoltarea sa socială și intelectuală, se conturează personalitatea individuală.

3. Perioada pubertară (între 10 și 12/14 ani) este marcată din punct de vedere somatic de apariția caracterelor sexuale secundare, concomitent cu puseul de creștere explozivă. Fiecare din caracterele sexuale secundare (dezvoltarea organelor genitale, apariția părului pubian la băieți, dezvoltarea sinilor la fete) evoluează în mai multe stadii, cu o durată diferită de la un copil la altul. Desăvîrșirea acestei dezvoltări se poate întîlni la vîrsta de 12 ani, cînd pubertatea este precocă, sau poate fi incompletă la 17 ani, în pubertatea tardivă.

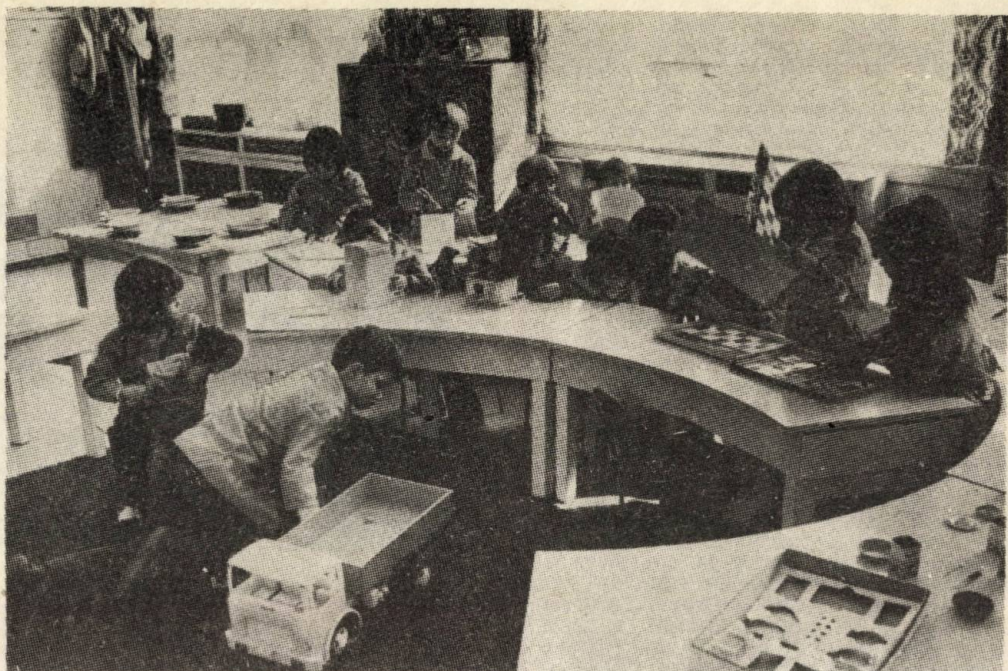
În cazul fetelor, dezvoltarea sinilor poate începe între 9 și 10 ani, dar poate să apară și după 13 ani. În proporție de 5 la sută menarha se instalează înainte de 12 ani și în aproximativ 50 la sută din cazuri la 12,5 ani. Creșterea accelerată începe mai devreme la fete. Tendința de pubertate precocă este corelată cu îmbunătățirea stării de sănătate și de nutriție la copil.

Pe plan psihologic, vîrsta de 10 ani face trecerea de la starea de echilibru și adaptare la condiția de copil mare spre adolescență. Pe plan



CU VALORILE MEDII ALE GREUTĂȚII ȘI TALIEI COPILULUI ÎNTRE 3 ȘI 16 ANI

Vîrsta	Băieți		Fete	
	greutate	talie	greutate	talie
3	14	96	14	95
4	16	103	16	103
5	19	111	18	109
6	21	117	21	115
7	24	124	23	122
8	27	130	26	128
9	30	135	29	132
10	32	140	32	138
11	35	144	35	144
12	38	149	39	151
13	42	155	44	157
14	48	162	49	159
15	54	167	51	161
16	58	171	53	162



afectiv apar stări de neliniste și agitație. Tendința manifestă de independență se îmbină cu sensibilitatea crescută la impresiile persoanelor din jur. Dezvoltarea intelectuală face un salt calitativ prin desprinderea gândirii de la concret spre abstract. De la vîrsta de 12 ani apar operațiunile formale și raționamentul ipotetico-deductiv. Lectura devine o pasiune. După vîrsta de 12 ani începe o apropiere față de sexul opus, pe plan individual. Viața socială se caracterizează printr-o aderență puternică la grupul constituit din membri de aceeași vîrstă și sex.

Stadiul „rațional”, care începe la 12-13 ani, odată cu interiorizarea individului și a lumii ambiante, se instalează pînă la vîrsta de 14 ani, demarcînd hotarul copilăriei.

Caracteristicile personale se elaborează și se modifică odată cu parcurgerea etapelor descrise. Trebuie subliniat că pe lîngă factorii biologici (de specie) și cei genetici (unici pentru fiecare individ), condițiile psihosociale și de mediu joacă un rol esențial în formarea însușirilor personalității copilului. Se consideră astfel că încă de la 4-7 ani peste 25 la sută din capacitatea inteligenței este rezultatul educației, al influenței mediului, al experiențelor dobîndite de copil.

Printre factorii implicați în dezvoltarea copilului se înscrie și jocul, la toate vîrstele. „Omul nu este întreg decît atunci cînd se joacă” scria Schiller. Pentru copil aproape orice activitate este joc. Prin joc el își antrenează funcțiile fiziologice și psihice (mersul, vorbirea, gîndirea, raționamentul), prin joc ghicește și anticipează cerințe superioare, își modelează propria personalitate. Se poate spune că jocul are la copil rolul pe care munca îl are la adult.

În dezvoltarea armonioasă fizică și psihointelectuală a copilului un rol esențial revine educației în familie și în procesul de învățămînt, în consens, cu condițiile socio-economice. Identificarea și întărirea unor comportamente dorite și stingerea altora, dănuitoare copilului și/sau societății, reprezintă obiective complexe, cu numeroase implicații de ordin psihosocial. În atingerea acestor obiective mai mult decît orice valorează modelul pe care copilul îl are în familie, la școală și în societate.

Dr. Constanța IACOB
medic primar pediatru, I.O.M.C. București



MEDICAMENTE PERICULOASE PENTRU NOU-NĂSCUT, SUGAR ȘI COPIL MIC

În „farmacia casei” se găsesc deseori diferite medicamente folosite pentru copii și părinții lor în caz de febră, tuse, diaree, infecții ș.a. Unii părinți „grăbiți”, îngrijorați de simptomele menționate apărute la copilul lor (nou-născut sau sugar) le administrează și acestora... până la venirea medicului! Dar multe pot fi periculoase pentru nou-născut (copilul în prima lună de viață), pentru sugar (copilul în primul an de viață) și, în special pentru sugarul mic (din primele 2-3 luni), dar și pentru copilul mic (între 1 și 3 ani). Menționăm câteva din aceste medicamente:

- **Acalor** (antipiretic și analgezic) este interzis pentru copilul sub 1 an, deoarece poate să inducă agitație, chiar convulsie, datorită cofeinei pe care o conține.

- **Negram** (acid nalidixic), chimioterapic foarte activ asupra unor microbi din unele infecții urinare și intestinale, este interzis sugarului sub 3 luni, deoarece poate să-i determine hipertensiune intracraniană, manifestată prin „bombarea” fontaneli anterioră, și alte simptome. Poate fi folosit - la indicația medicului - la sugarii mai mari, dar cu prudență și numai în caz de necesitate absolută, adică atunci când antibiograma îl indică drept singurul eficient.

- **Acid boric**, folosit ca antiseptic - dezinfecțiant pentru uz extern, aplicat pe pielea copilului se absoarbe rapid și în cantitate suficientă pentru a determina - la nou-născut și sugar - manifestări toxice generale: diaree, eritem cutanat, colaps, convulsii, anurie (oprirea urinării). Pentru a evita asemenea accidente este necesar ca mama să nu-și spele mameloanele cu soluție de acid boric, nici înainte și nici după ce sugarul a supt.

- **Algocalmin** - analgezic și antipiretic - este contraindicat pentru sugarul și copiii sub 3 ani.

- **Antinevralgic** - analgezic și antipiretic - este contraindicat pentru sugarii și copiii sub 3 ani.

- **Aspirină** (Acid acetilsalicilic) - antipiretic și analgezic - este interzisă pentru nou-născut. Trebuie folosită cu prudență la sugarii și copiii până la 3 ani, deoarece poate determina diferite reacții adverse (vărsături, diaree, sîngerări sau alte tulburări foarte grave, ca Sindromul Reye), mai ales dacă este administrată timp prelungit, în doze mai mari sau de repetate ori. Nu trebuie administrată copiilor - indiferent vîrsta acestora - înainte de extirparea vegetațiilor adenoidale (polipi nazali și amigdale) sau de alte intervenții chirurgicale, deoarece întîrzie coagularea sîngelui, favorizînd hemoragii. Doza pentru „o priză” la sugari (0,05-0,10 g) se poate repeta la nevoie de 1-2 ori în 24 ore, la interval de 3-4 ore. Doza pentru copiii trecuți de un an: 0,05 g/kilocorp/24 ore sau 0,10 g/an vîrstă, fragmentată în 3-4 prize, la interval de 3-4 ore. 1 comprimat = 0,5 g.

- **Biseptol** sau **Sumetrolin** - chimioterapic antibacterian folosit în tratamentul unor variate infecții cu diferite localizări determinate de diverși microbi - este interzis sugarului sub 2 luni, deoarece, printre alte tulburări, poate să determine tulburări sanguine, uneori grave. Mama care își alăptează sugarul sub 3 luni nu trebuie să consume Biseptol deoarece, trecînd în lapte, determină la copil tulburări sanguine.

- **Bixtonim** - soluție folosită în tratamentul rinitelor acute și subacute la adulți și copii mai mari cu „nas infundat”, care „sforăie” - este interzis copiilor sub 2 ani, deoarece poate determina: somnolență, colaps, comă, datorită nazalinei conținute.

- **Calmotusin** - puternic sedativ - calmant al tusei „uscate”, iritative, este contraindicat sugarului sub 6 luni.

- **Carbocif** - laxativ folosit în tratamentul constipației cronice - este contraindicat copiilor sub 7 ani.

- **Cloramfenicol** este un antibiotic în prezent din ce în ce mai puțin folosit la adulți și copii din cauza accidentelor foarte grave pe care le poate provoca, fiind administrat numai în infecțiile în care antibiograma îl indică drept unicul antibiotic eficient. Este interzis nou-născuților la termen în primele 14-30 de zile de viață, iar la prematuri în primele 30 de zile, deoarece provoacă sindromul „cenușiu”, manifestat prin scăderea bruscă a temperaturii corporale, balonare abdominală, refuz de a minca, vărsături, respirație „grea”, colorație caracteristică „cenușie” a pielii și buzelor, colaps mortal, în cîteva ore. Sindromul „cenușiu” poate să apară și la nou-născuții hrăniți la sîn de mame care au consumat Cloramfenicol, ce se elimină prin lapte.

- **Codenal** - calmant al tusei „uscate”, iritative - este interzis sugarilor și copiilor pînă la 3 ani.

- **Emetiral** - folosit contra vărsăturilor și ca sedativ - este contraindicat copiilor sub 6 ani.

- **Fedrocaina** - soluție folosită ca „picături în nas” în tratamentul rinitelor - este interzisă sugarilor.

- **Furazolidon** - folosit în tratamentul unor diarei infecțioase - este interzis nou-născuților, deoarece le poate provoca anemie hemolitică gravă.

- **Mentorin** - folosit ca „picături în nas” în tratamentul rinitelor - este interzis copiilor sub 7 ani, deoarece camforul pe care-l conține poate să producă convulsii, iar mentholul sincopă mortală.

- **Neoxazol** - sulfamidă folosită în tratamentul unor infecții - este interzis nou-născuților, deoarece poate să le producă icter nuclear grav, mortal. Nu trebuie folosit nici la sugarii din primele 2-3 luni. Este interzis și pentru mamele



care alăptează, deoarece, trecînd în lapte, produce acestora tulburări sanguine grave.

● **Paracetamol** - antipiretic și analgezic - este interzis sugărilor sub 3 luni. Dar și la sugarul trecut de 3 luni, ca și la copiii sub 3 ani trebuie folosit cu prudență, respectînd doza prescrisă de medic, deoarece dozele mari pot produce accidente grave, printre care și anemie hemolitică gravă. Doza: la sugarul de 3-6 luni, 1/2 supozitor de 1,125 g o singură dată în 24 ore; pentru sugarul de 6-12 luni, dacă medicul consideră că este necesar, 1/2 supozitor de 0,125 g de 1-3 ori în 24 de ore, la intervale de 6-8 ore; pentru copiii de 1-3 ani, 1 supozitor de 0,125 g de 1-3 ori în 24 ore. Atenție! 1 supozitor pentru copii sub 3 ani conține 0,125 g, iar un supozitor pentru copii trecuți de 3 ani conține 0,250 g paracetamol.

● **Rinolug** - folosit în tratamentul unor rinite (inflamații acute ale mucoasei nazale) - este interzis sugărilor și copiilor pînă la 2 ani, deoarece poate să provoace somnolență, colaps, comă, chiar moarte. La copii de 2-7 ani se întrebuințează diluat în părți egale cu apă distilată.

● **Sirogal** - sedativ al tusei și expectorant - este contraindicat copiilor sub 2 ani.

● **Siropul expectorant** - folosit în tratamentul traheobronșitei - este contraindicat sugărilor.

● **Sulfamidele** - oricare ar fi denumirea lor comercială - sînt interzise nou-născuților și sugărilor sub 3 luni; la sugarii mai mari trebuie fo-

losite cu prudență, deoarece pot determina: accidente sanguine (unele foarte grave), leziuni hepatice, insuficiență renală. Chiar și pentru copilul trecut de 1 an trebuie folosite cu prudență și numai la nevoie, deoarece pot provoca leziuni hepatice și renale și erupții cutanate.

● **Tetraciclina** - antibiotic - poate să provoace la nou-născuți și la sugari hipertensiune intracraniană manifestată prin „bombarea” fontanellei anterioare și opistotonus (contractarea mușchilor spatelui, copilul în pat sprijinindu-se pe ceafă și călcîie); de aceea este interzisă la nou-născuți și la sugari. Nu se recomandă nici copiilor sub 1 an (decît pe bază de antibiogramă care arată că alte antibiotice sînt ineficiente), deoarece poate să determine (chiar și după cure scurte dar repetate) alterări ireversibile ale dinților definitivi (care apar după 6-7 ani), cu colorația în galben-cenușiu-cafeniu, precum și încetirea creșterii oaselor lungi.

● **Tusomag** - calmant al tusei iritative - este contraindicat sugărilor și copiilor de pînă la 2 ani, deoarece poate provoca rărirea pulsației și a respirației și somnolență.

...Dar lista medicamentelor periculoase pentru nou-născut, sugar și copilul mic nu se sfîrșește aici, pentru că am amintit numai cîteva dintre ele, prezente mai frecvent în „farmacia casei”

Conf. dr. doc. V. PETRESCU-COMAN

MĂSURI DE PRIM-AJUTOR ÎN ACCIDENTELE OCULARE

Ochiul este unul dintre cele mai importante și mai sensibile organe de simț. Lezarea ochilor aduce mari prejudicii individului, orbirea, dar chiar și numai slăbirea vederii, reprezentând un mare handicap de viață.

O paletă largă de măsuri de protecție a ochilor ne stă la îndemână, de la asigurarea unei luminozități corespunzătoare la locul de muncă (este dăunătoare în activitate atât lumina de intensitate foarte mare, cât și lumina foarte slabă) și pînă la utilizarea ochelarilor și paravanelor de protecție în cazul operațiilor cu grad de periculozitate.

Rănirea ochilor prin pătrunderea unor fragmente de materiale (sticlă, piatră, lemn, metale feroase și neferoase etc.), așa-numiții „corpi străini”, impune sprijinul prompt al medicului oftalmolog, fiind uneori necesară intervenția de urgență pentru salvarea integrității structurilor oculare.

Lezarea ochilor prin variate substanțe chimice cere cunoașterea măsurilor de prim-ajutor, ce trebuie aplicate pînă la intervenția specialistului, de primul ajutor depinzînd succesul salvării ochilor, salvării vederii.

În activitățile obișnuite (casnice, profesionale, școlare, sportive) se pot produce arsuri ale ochilor prin flacără deschisă, prin vapori de apă, ulei fierbinte, metale lichefiate sau mase plastice fierbinți ori prin flacără de sudură, radiații ultraviolete, acizi sau alcalii concentrate, precum și cu alte substanțe caustice corosive. În cazul arsurilor cu substanțe corosive, se spală imediat ochii cu apă sau cu orice lichid lipsit de toxicitate la îndemînă, uneori chiar cu bere, lapte, ceai.

Efectul corosiv, care produce degradarea țesutului cu care vine în contact, poate să fie datorat celor două grupe chimice — acizii și alcaliile (bazele), precum și — altor substanțe. Cînd nu se cunoaște exact substanța care a produs leziunea sînt utile soluții tamponate (neutre) de acid boric 3% în amestec cu borat de sodiu (borax) 1,2%, sau soluții ce conțin fosfat monosodic (biacid) 0,34% și fosfat disodic (monoacid) în concentrație 1,6%. Printre substanțele alcaline care pot produce arsuri la

nivel ocular, mai frecvent se află hidroxizii de sodiu și de potasiu (soda și potasa caustică și amoniacul) și carbonații (de sodiu și de potasiu), soda de rufe sub formă solidă sau în soluții mai mult sau mai puțin concentrate. La acestea sînt de adăugat arsurile cu fragmente de creion chimic (pe bază de anilină), gazele lacrimogene și alte substanțe. De asemenea, caustice sînt și substanțele acide, acizii lichizi: clorhidric, sulfuric (vitriolul), formic, acetic etc., dar și cei sub formă solidă.

În cazul alcaliilor se spală ochii intens cu apă, apoi cu o soluție de acid boric 3% sau de acid acetic (oțet) 1%. În arsurile cu amoniac (vapori sau soluție) după spălarea intensivă cu apă se continuă cu soluție de acid boric 3%.

În cazul pătrunderii fragmentelor de creion chimic în ochi sau a unor vopsele anilinice se fac spălări cu soluție de acid ascorbic (vitamina C) 5% sau 10%, care se aplică în continuare 2—3 ore sub formă de picături în sacul conjunctival sau pe corneea. Se mai poate utiliza sub formă de picături un amestec de acid acetic 2% și alcool etilic (alcool, etanol) 5—10%.

Primul ajutor în cazul pătrunderii în ochi a permanganatului de potasiu (hipermanganat) constă în aplicarea pe ochi a unei soluții de vitamină C 10%, soluție de acetat de sodiu, spălarea cu soluție de acid boric 3%.

În arsurile cu acizi se fac spălări cu multă apă și cu soluție de bicarbonat de sodiu 2%.

Fosforul este deosebit de caustic pentru ochi. Cînd se produce un asemenea accident, se va încerca îndepărtarea mecanică a fragmentelor de fosfor din ochi, se va spăla cu soluție de acid boric sau bicarbonat de sodiu și se va pica soluție de sulfat de cupru 1—3%. Nu se admite aplicarea de unguente sau ulei, deoarece fosforul este solubilizat de grăsimi și își manifestă mai intens activitatea toxică.

Un prim-ajutor corect, dat la timp, este de mare utilitate în prevenirea complicațiilor; el poate fi un pas important spre salvarea vederii accidentatului.

Dr. C. SILVAȘ



CU SÎNGE RECE

Astăzi, Miles este un coker ca oricare altul. Nimeni n-ar crede că recent aproape 90 la sută din sîngele lui a fost scos și temperatura corpului coborâtă de la 38 la 20 de grade. Pe cînd sîngele a fost congelat, prin venele sale a circulat un substitut conținînd o substanță chimică menită să-l protejeze împotriva temperaturii scăzute. Apoi Miles a suferit o operație, după care a fost reîncălzit și i s-a reintrodus propriul sînge. În prezent, perfect sănătos, Miles deschide o nouă etapă în chirurgia „fără sînge”. Frigul încetinește metabolismul, oprind pe loc viața celulelor. „Este aceeași situație cu cea a unui motor care este oprit”, explică dr. Paul Segall, un cercetător de la Universitatea Berkley din California. „Și acest lucru permite efectuarea unor intervenții imposibile de practicat înainte, ca, de pildă, operații pe cord, la care pacienții necesită transfuzia a 20 pînă la 30 litri de sînge. În vreme ce chirurgia rece, fără sînge, îi permite chirurgului să opereze pe un cîmp curat, fără pericol de hemoragii și cu evitarea unor multiple transfuzii, deci și a riscului de contaminare cu virusul SIDA.

Un alt domeniu ar fi acela de tratare a cancerului. Chimioterapicele ucid atît celulele canceroase cît și pe cele sănătoase. La un pacient adus la temperatura de congelare, organul malign poate fi reîncălzit și tratat cu doze masive de medicamente.

MIROSURILE

De ce unii oameni miros mai urît decît alții? „Am studiat oamenii ale căror picioare miros — spune Patricia Monn Mertz, dermatolog la Facultatea de medicină din Miami. Aceasta este o problemă care afectează un număr mare de persoane și rezolvarea ei le-ar putea îmbunătăți viața”.

Mertz și William Eaglestein, șeful catedrei de dermatologie, au făcut un experiment la care au participat 13 pacienți. Aceștia au stat timp de o oră cu picioarele

în pungi de plastic, după care cercetătorii au studiat și analizat mirosurile și au comparat rezultatele. „Am aflat două lucruri. Primul, a fost acela că oamenii sănătoși, fără semne de boală, dar ale căror picioare miros sînt purtători ai unei anumite bacterii — brevibacteria, care intră în categoria bacteriilor folosite la brînză Camembert și Limburger. Cel de-al doilea, a fost acela că antibioticul Clindamicin reduce numărul acestui tip de bacterii și, în consecință, mirosul neplăcut. Cercetătorii nu au putut încă afla de ce unele persoane au acest tip de bacterii și altele nu. Există posibilitatea ca transpirația — mai precis compoziția chimică a acesteia — să aibă un rol hotărîtor.

S.O.S.-UL INIMII

Vreți să știți dacă aveți inima sănătoasă? Răspunsul îl puteți citi pe limba dv. La această concluzie a ajuns prof. dr. Siegfried Block, cardiolog la o clinică din R.F.G., care a tratat mii de pacienți cu afecțiuni cardiace, făcînd concomitent cercetări pentru găsirea unei modalități de diagnostic la îndemîna oricui. Durerile de inimă pot fi puterice, constituind semnale de avertizare ale unei maladii, dar, de cele mai multe ori, sînt slabe, nefiind luate în seamă.

Există totuși simptome care pot precede un atac de inimă, unul dintre acestea fiind cel semnalat de prof. dr. Block. Un examen al limbii în fața oglinzii, respectiv al modificărilor de culoare ale șanțului de viñoare, poate pune în evidență starea inimii persoanei în cauză. În cazul unui cord sănătos, limba are o culoare roz-mată cu o ușoară umbră cenușie, fiind umedă și catifelată. Culoarea ei violacee, limba pîrînd mai mare decît în mod normal, iar șanțul din mijloc mai accentuat, indică prezența unei afecțiuni cardiace în fază incipientă. Dacă culoarea este ca a zmeurii sau chiar aproape neagră este vorba de o boală cardiacă avansată.

Modificările de culoare menționate, constituie un S.O.S. al inimii, fiind recomandată consultarea unui cardiolog.

ASCULTÎND OASELE

Cînd lovești un clopoțel, predomină anumite frecvențe ale rezonanței. Dacă clopoțelul este însă spart sau plesnit, frecvențele se schimbă. „Același lucru se poate spune despre oasele corpului omenesc”, afirmă dr. Richard Collier, de la Universitatea Kent din Canterbury. O tibie, de exemplu, are cea mai joasă frecvență, în jurul a 120 de hertzi, în timp ce frecvența unei tibii fracturate este mult mai scăzută. Dr. Collier a pus la punct o tehnică simplă și nedureroasă de ascultare a oaselor. Fără scoaterea ghipsului, doctorul aplică un vibrator electromecanic, în formă de pistol, pe membrul respectiv. În timp ce acesta vibrează, frecvențele sînt înregistrate și citite pe un ecran computerizat. Pe măsură ce fractura se vindecă, vibrațiile se modifică, indicațiile computerului îndreptîndu-se spre zero. Dispozitivul menționat este în prezent testat în majoritatea spitalelor din Marea Britanie. La prima demonstrație făcută, vizitatorii au fost invitați să-și verifice starea de sănătate a tibiilor. Mulți au fost surprinși să constate că prezentau multiple fisuri aproape invizibile pe cale radiologică.

MAMĂ SAU BUNICĂ?

O sud-africană albă, de 48 de ani, a dat naștere la propriii săi nepoți, servind drept mamă de substituție fiicei sale. Această bunică a suferit o intervenție în cursul căreia 4 ovule prelevate de la fiica sa și fecundate de gînerile său i-au fost implantate ei. Bunica purtătoare (gravidă) a dat deci naștere la propriii ei nepoți. Nici o problemă tehnică evidentă nu a apărut, căci fecundarea in vitro la femeile vîrstnice este obișnuită. Însă considerentele de natură etică nu sînt încă lămurite.



Pe marginea unui proverb

Cînd ai carte, ai și parte
Dacă-n viața dovedești
Că știința ta de carte
Ai știut s-o folosești.

Dr. N. GHÎTESCU

MICUL ESCULAP

ÎNVIORARE

La fereastra mea, de pază,
Dimineța stă o rază,
Sărutîndu-mi geana stîngă
Vraja viselor mi-alungă.
Mai apoi, cînd mă deșteaptă,
Îmi sărută geana dreaptă,
Iar eu spun cu incintăre:
Bună dimineța, soare!
Și mă-apuc de-nviorare.

Niculae TACHE

ȘCOALA NOASTRĂ

Învățătoarea: Ionescule, ce este pentru tine școala noastră?

Ionescu: Școala noastră este pentru mine, tovarășă învățătoare, ca mama mea.

Învățătoarea: Foarte frumos. Dar pentru tine, Vasilescule? Ce este școala noastră?

Vasilescu: ...este... este, mama lui Ionescu, tovarășă învățătoare!

*De vorbă
cu obiectele
școlarului*

MATRICOLA UNUI ȘCOLAR

Cind mă poartă, mi-i rușine
Cu insemnele murdare
Fiindcă cel mai mult mă ține
Prin afund de buzunare!

GUMA ȘCOLĂRIȚEI

- Ce părere ai tu, guma,
De colega mea cu coade?
— Nu-i destul că mă consuma...
Dar de multe ori mă... roade!

RIGLA ȘCOLARULUI

Totdeauna-s bucuraoasă
Sa-l ajut la liniat,
Dar nu-mi place cînd, la masa,
Desenează cocoșat!

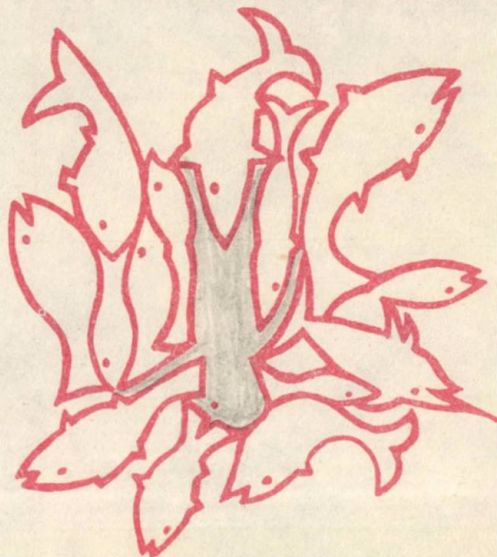
ȘIFONIERUL

Apara de praf costume
Dar mi-a reproșat și el:
„Eu nu știu nici cum arata
Uniforma lui Costel!”

SCAUNUL DIN DORMITOR

Ce vă spun nu-i vorbă goală,
Mi s-a plîns de-un băiețaș:
„Chiar de cînd a mers la școală
M-a schimbat în umerăș!”

Gheorghe ZARAFU



Căutați pescarul!

Desen de Daniela STAICU

PENTRU DURERI DE CAP

(șaradă: 3+6=9)

Graminee tîritoare,
Ce face plaja la soare,
Cu rizomul, pai cu pai,
Graminee pentru ceai.

Și acum, în astă stantă,
Este vorba de-o substanță
Din plante-alese extrasă
Și-o găsiți în orice casă.

Amîndouă? Ce să fie,
Se trezesc la farmacie
În pastile, într-un hap,
Bun e la dureri de cap.

Mircea IORDACHE

Dezlegarea: PIR+AMIDON=Piramidon

Doi prieteni își laudă fiecare animalul
preferat.
— Eu am o pisică vorbitoare. Își spune
numele...
— Extraordinar. Și cum o cheamă?
— Miau!



Desen de Viorel SANDU

MANIERATUL

Am un motan manierat,
Inteligent și învățat.
El totdeauna mă uimește
Cînd miaună pe englezește,
Iar cînd strănută, ca parolă,
Spune pardon în spaniolă.
Și sincer spun, nu se există
Să-l vezi cîndva fără batistă.
Sau cînd servește vreo gustare
Să-aibă mustațiile murdare.
Dar să ajungă-asa departe
A trebuit să-nvețe carte.
Întîi am cumparat caiet
Cu litere din alfabet
Iar între file îi puneam
Mici bucățele de salam.
Și șmecherul cum mirosea
În mare grabă-l răsfoia.
Acum, cînd i se face foame,
Îmi răsfoiește trei romane.
Nu cred să fie alt motan
Mai ordonat, mai nazdrăvan.

Niculae TACHE

De ziua mamei

Deși este ziua ei de naștere,
mama se duce la bucatărie
după ce a servit masa. Copiii
vin după ea și-i spun foarte
tandru:

— Nu, mamă, de ziua ta nu
vei spăla vasele.

Mama, înduioșată pînă la la-
crimi de o asemenea atenție,
întreabă:

— Dar ce-o să se întîmple cu
ele?

— Le vei spăla mîine...

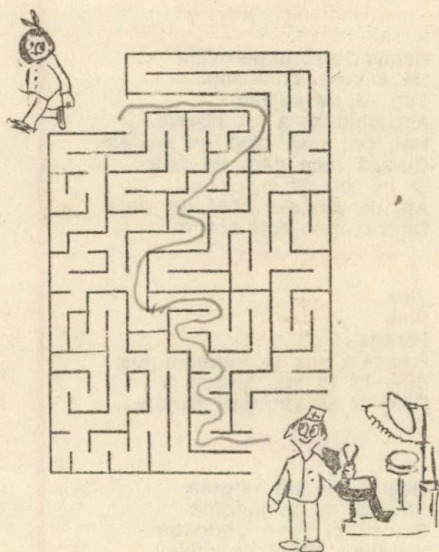
SĂPUNUL

Stau degeaba în cutiuță
Că ștregarul Iliuță
Fuge de clăbucii mei
Parc-ar fi mîncat ardei.

SUPĂRARE

Nu mai sînt curat de fel —
Zise șorțul — că Gigel
De o lună și mai bine
Șterge băncile cu mine.

Gh. PENCIU



Desen de Anca CAȚICHI

ANATOMIE



Nu e om să nu învețe
sau să spună că nu știe,
Măcar simplul — ABC-ul
din întreaga-anatomie!
Cred că se și bănuiește,
precum este și firesc,
Că ce spunem se referă
chiar la corpul omenesc!
După scheme și sisteme,
pornind de la cap în jos,
Omului i-a dat natura
tot ce are mai frumos!
De aceea, tot natura,
de la toată lumea cere,
Ca aceste daruri scumpe
să le poarte cu plăcere!
Aflind Bogdănel acestea,
de la școală și de-acasă,
A-nceput să-și dea silința,
chiar din... „atribuțiuni” să-și iasă;
El găsea că nu e bine
să le zicem la picioare,
Tocmai lor ce... „plimbă” corpul,
„membrele inferioare”!
Și nici cordul nu e... „cord”,
Care mișcă-atîta sînge.
El e inimă gingașă,
care ride, care plînge!
Ba, mai mult, spunind acestea
Cu aer de... profesor,
El dă surioarei sale
lecții de... prim-ajutor!!!

Ion ȘERB

CHEF DE VIAȚĂ

Nenea Doctorul ne-nvăță
Că e bine, dimineața,
Toți să ne spălăm.
Ascultînd de-a lui povață,
Noi, cei mici, cînd ne sculăm,
Cu-apă rece dăm pe față
Și pe loc ne inviorăm...
Ah, ce strașnic chef de viață
Dintr-o dată toți avem!

PERIUȚA VESELĂ

Ține
Bine
Periuța,
Freacă-n sus și freacă-n jos;
Bine îți va sta, fetițo,
Cînd ai să zîmbești frumos!

NESPĂLATUL

Negrul de sub unghie
Știu că nu te junghie
Și că-l ții ca o podoabă
Și abia-l atingi de apă;
Nu cumva să îți dispară,
Să-ți faci Lenea de ocară!

Ion ȚĂRLEA

CONSECINȚELE UNUI MECI DE FOTBAL

La început de an școlar,
Cînd orele s-au terminat,
Un meci de fotbal vedem iar,
Cum repede-i organizat.
Vacanța-i astăzi terminată,
Elevii mici, elevii mari,
C-o galerie-organizată,
Pe jucătorii temerari,
I-aplaudă, strigă de zor;
Chiar sanitarii sînt chemați
Alături de colegii lor,
Că de vor fi accidentați,
S-acorde primul ajutor!
Cînd meciul lor s-a terminat,
Însă la egalitate,
Tot zidul școlii e pictat
Cu-atîtea lovituri ratate!
Cum sanitarii martori sînt,
La meciul ce-au vizionat,
Pe doctor „Peniță”-au chemat,
Iar lor le-a spus al său cuvînt:

„De ce așa iute-ați uitat?!
Curate ziduri nu păstrați,
Cum vi s-a spus chiar azi la școală;
Dar c-o „seringă” înțepați,
Vă vindec sigur, de-astă... boală!

Naum SMARANDACHE

MINI DICTIONARUL ȘCOLARULUI

A COPIA LA TEZĂ = Elevul-indigo.

A SUFLA = Înclinații trombonistice.

BANCA = Condica de prezență a elevului
(pentru că unii se mai și... semnează!).

BIBLIOTECA = În lumea cărților.

CATALOG = Portretul... cifrat al elevilor.

CURBĂ = Linie cu burtă.

LA MEDITAȚIE = Prilej de a-i pune profesorului... întrebări.

LECȚIE = Materie făcută felii!

MEDITATOR = Superpărinte.

MENTIUNE = Premianți... fără portofoliu.

RECREAȚIE = Respirația profesorilor!

REPETENT = Bis... fără aplauze.

SLAB LA ÎNVĂȚĂTURĂ = Știință... costelivă.

TRIGONOMETRIE = Trigoane la metru.

VACANȚA MARE = Cea mai plăcută perioadă... a anului școlar!

D.C. MAZILU



V. TONULETE

UNUI ELEV

Spune clar o zicătoare
Că tăcerea e de aur;
La examen, frățioare,
Ce să spun? Ești un tezaur.

Victor HILMU

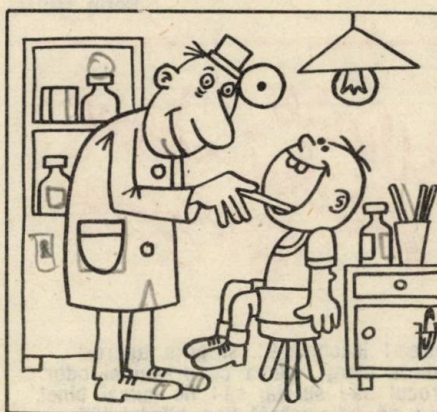
PUNCTUALITATE

Radu e „fenomenal”:
Mereu întârzie la clasă.
În schimb, e foarte punctual...
La masă!

ȘCOLAR TALENTAT

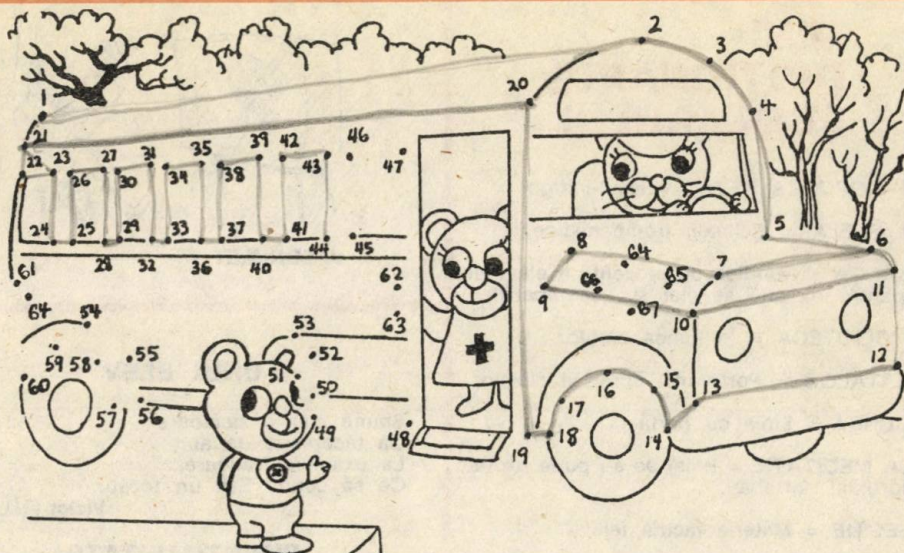
Mihai are mult talent:
Cântă la un instrument.
(Cînd repetă la vioară
Toți vecinii fug pe-afară!)

Dumitru MIHALACHE



Deși par identice, între cele două desene există, totuși, 12 mici deosebiri. Ați reușit să le găsiți?

Desen de Viorel SANDU



Uniți punctele, colorați și veți descoperi cu ce pleacă în excursie micii „Sanitari pricepuți” din pădure.

Desen de **Daniela STAICU**

- Gigele, ce ai să te faci tu când ai să fii mare?
- Șef, ca tata!

Gh. **SACMARI**

ELEVUL „CERCETĂTOR”



I-a pus colegului de școală
Pe bancă niște pioaneze,
Din pasiune medicală
Reflexele să-i controleze...

Sorin **BEIU**

*Urare
micului Ionel*

Iubirea-l înconjoară... și grija tuturor;
Oriunde merge mama cu dragul ei odor.
Norocul să-i suridă; să-i fie numai bine!
Etern să înflorească! Și-n blindul viitor
Lumină fie-i viața și zările senine!

Victor **HILMU**

„Bolnavul”

Martinică stă la pat
Cît balonul de umflat;
De umflat aproape-i chior
Și se vaită: — Mor, mor, mor!
Vrei rapidă vindecare?
Urcă repede-n Salvare,
Mergi direct la dispensar,
Unde medic e-un bondar,
Iar surori două albine,
Care fac injecții fine.
Cum aude Martinică
În picioare se ridică
Și-l trec dușuri de sudoare.
— Știi ceva? Nu mă mai doare!
Știe el, pesemne, bine
Durerea de unde-i vine.

Vasile **MUSCALU**

PEHLIVANUL

De știut, nimic nu știe;
Deșucheat, e deșucheat
Cum nimeni nu a aflat;
Și se bagă-n toate cele,
Dar se-ocupă doar de rele.

Simona **DUMITRIU**

Clasa a IV-a F
Școala nr. 196, București

Redactor: **Lucian HUIBAN**
Prezentarea artistică:
Adrian DRAGOMIRESCU

COPILUL — STRUNĂ MĂIASTRĂ ȘI SENSIBILĂ A LUMII



Copilăria este un nume generic, care acoperă o perioadă relativ întinsă și adesea imprecis delimitată din viața omului.

Pentru a aduce precizări în acest pasionant domeniu ne-am adresat prof. univ. Ursula ȘCHIOPU, doctor în psihologie.

— Dumneavoastră, stimată tovarășă profesor, aveți numeroase lucrări, cursuri, manuale dedicate studiului psihologiei copilului. De aceea am dori să ne spuneți cum trebuie să înțelegem copilăria timpurie, precum și etapele și problemele educaționale specifice primei vârste a dezvoltării psiho-sociale a omului?

— Copilăria are ea însăși mai multe vârste, cu probleme educaționale specifice. Aceste probleme sînt multiple, atât medicale cît și de stimulare cultural-intelectuală, morale, sociale etc.

Ca să fie mai ușoară înțelegerea demersurilor educative ale familiei în copilăria umană, aș delimita cîteva etape de dezvoltare ale copilului mic, fiecare dintre aceste etape avînd un set propriu de probleme de ordin educativ. Astfel, educația necesară în primul an de viață diferă de cea din perioada 1—3 ani (prima copilărie), apoi de perioada de la 3 la 6 ani (cea de-a doua copilărie) sau, cum i se mai spune, „vîrsta de aur” a copilăriei sau copilăria mijlocie.

Primul an pune probleme deosebit de grele pentru cuplul familial. Din prima zi a vieții au loc primele contacte ale copilului în primul rînd cu mama și cu cei ce-l îngrijesc. Contactul cu mama se consolidează prin alăptare, care nu este doar un proces de alimentare (biofizilogic), ci este și explozia unei dorințe, a capacității copilului de a „aștepta”. Mama oferă copilului, odată cu sursele vitale implicate în alăptare, brațele ei, căldura pielii, emanația de afectivitate, uimire și duioșie pentru făptura mică și neajutorată pe care o cuprinde în brațe. Se consideră chiar că alăptarea copilului goi la pieptul tot gol al mamei creează bazele a ceea ce se numește „confianța fundamentală” (confortul încrederii depline și a abandonării în această încredere)... Urmează cîteva săptămîni ce pot fi dificile pentru unii copii, perioadă în care are loc adaptarea la ritmul de bază al alimentației. În această problemă există, de asemenea, dileme. Să se dea sugarului lapte de cîte ori își manifestă neliniștea și, probabil, foamea prin țipete (am spus probabil pentru că țipetele pot tot atât de bine să fie expresia dorinței de a fi din nou în starea de totală securizare de la pieptul ma-



mei) sau să se alăpteze copilul la ore fixe? În primul caz există posibilitatea ca să se dezvolte un copil ce va ști să ceară în orice împrejurare a vieții, nu va suporta probabil să fie contrazis. În al doilea caz este posibilă o dezvoltare mai echilibrată a dorințelor și o dezvoltare treptată a „așteptării”, ca însușire psihică atât de prețioasă în toate împrejurările vieții.

— Și ce este de făcut? Dv. pentru ce opțiati?

— Pentru o cît mai mare maternizare a primelor contacte ale mamei cu copilul și pentru constituirea treptată, în primele săptămîni, a schemei fundamentale de alăptare (alimentare) ritmică spre a se constitui o ritmicitate a refacerii energiei dar și a ciclului circadian zi-noapte, în care noaptea să devină liniștită și să ofere și mamei momente de somn reconfortant.

— În afara alimentației, cu multiplele ei implicații, mai sînt desigur și alte probleme importante pentru dezvoltarea timpurie a copilului?

— Desigur, după 6 săptămîni încep să se constituie mici etape de veghe liniștită a copilului. Copilul privește în jur, tresare ușor la unele zgomote, are o reacție de înviorare (dă din piciorușe și din mîini) la apropierea mamei, zîmbetul începe să devină o formă de relaționare. Cei din jur par să înceapă să-l intereseze. La o lună încearcă să se întoarcă de pe o parte (spate) pe partea cealaltă, ceea ce înseamnă o performanță. Mai mult decît atît, îi place să fie ținut în brațe, dus prin cameră, la geam sau cu căruciorul pe afară, în parc. Lu-mea năvălește spre el plină de forme, evenimente și, firește, impresii (ca reflex psihic al acestora). Cu mama, copilul se simte securizat. Apoi și cu ceilalți membri ai familiei. Ori-cum, între timp are loc dezvoltarea vederii bi-noculare, creșterea experienței senzorial-per-ceptive și a atenției, precum și a unor forme active de interese și curiozități.

Copilul începe să acorde tot mai mult inter-es celor ce intră în cîmpul său vizual. Cîmpul auditiv devine și el sensibil, dar mai puțin se-lectiv. Totuși copilul manifestă înviorare la au-zul pașilor mamei, apoi și la auzul pașilor ce-lorlalți din familie. Cei ce intră în cîmpul per-ceptiv vizual trezesc reacții diferite. Se mani-festă simpatie, antipatie, mici gelozii la 3 luni, dar mai ales o foarte mare atenție cînd i se vorbește. După 3 luni copilul decodifică din tonul vocii dacă este certat sau mîngîiat. Cearta îl face să înceapă să plîngă. La fel, fap-tul că nu este luat în brațe cînd el întinde mîi-nile plin de speranță. Pe la 4 luni îl amuză jo-curile foarte simple, cum ar fi „cucu-bau” (as-cunderea unui obiect din cîmpul vizual și apoi arătarea lui). Ce simplu pare totul, dar în do-sul acestui mic joc se constituie înțelegerea faptului că jucăria (obiectul) ce a dispărut există totuși permanent și începe căutarea ei cu privirea (investigarea vizuală) și apoi mai complexă, ajutată de mișcare. Între timp mîi-nile — ce inițial știau doar să se agăte de mîi-nile mamei, pentru ca el, copilul, să poată fi ridicat (tot un fel de joc) — încep să se im-pregneze de o „curiozitate” oarecum sime-trică. Apucarea obiectelor se face întîi cu amîndouă mîinile (sincinezie), act urmat de ducerea la gură a obiectelor-jucării. Treptat însă începe ca jucăria să fie învîrtită pe toate părțile, pipăită, scăpată din mîini, căutată etc. și nu de puține ori în toate aceste etape de joc cu obiectul copilul gîngurește. Gînguritul este un fel de prevorbire, în care domină întîi voca-lele. (Știați că în gîngurit există mult mai multe sunete decît în toate limbile vorbite? Și că este la fel la toți copiii, indiferent de limba care se vorbește în familie?) Dar această ma-terie primă verbală începe să se ajusteze, să se trieze, organizeze și articuleze. Se dezvoltă „lalațiunea” și apoi primele cuvinte. Dar și prin gîngurit se realizează un fel de „dialog”, mai ales cu mama. Este un dialog primar, de at-mosferă. În faza lalațiunii se detașează silabe dublate cu sens de cuvinte. De pildă, mama spune — „Andra e scumpă și e frumoasă, e

titi”. Și copilul răspunde „Ti-ti” și ride. Începe să se constituie așa-numitul „limbaj mic”, un fel de limbaj cu vocabular relativ restrîns și di-ferit de cel obișnuit. E constituit din cuvinte bisilabice, ecolalic și centrat pe evenimentele cele mai obișnuite ale vieții de fiecare zi. Întîi cuvinte ca ta-ta, ma-ma, pa-pa (cu două sen-suri posibile): cel legat de mîncare și cel legat de plecarea la plimbare). Dii-dăi, adică te rog, dă-mi... Cei din jur vor primi treptat nume prescurtate și adeseori curioase. Apoi copilul, dacă a udat așternutul, va începe să lovească discret ursulețul zicînd na-na... semn de pe-depsire pentru că așternutul e ud, ca și cînd ursulețul a făcut nepermisa faptă. Începe for-marea de mici propoziții: sus mama... nani didi (ursulețul)... etc. Astfel se dezvoltă treptat comunicarea verbală, încît la sfîrșitul primului an copilul pronunță o serie de „cuvinte” dar mai ales începe să „înțeleagă” numeroase cu-vinte din limbajul celor din jur. Așa cum a semnalat Chomsky N., competența (înțelege-rea vorbirii) se dezvoltă mai intens decît per-formanța. Fetitele își exprimă mai devreme ca-pacitatea de vorbire. René Spitz a făcut o se-rie de observații aproape incredibile. El a comparat vocabularul și exprimarea verbală a copiilor de 1 an și apoi de 2 ani la două cate-gorii de copii. Unii crescuți în creșe încadrate cu oameni de foarte bună calitate, unde copii-lor li se dădeau cele mai moderne îngrijiri igienice, asistență medicală, și un alt lot, al unor copii cu mamele în penitenciare (cu co-piii la ele). Aceștia din urmă aveau un limbaj mult mai evoluat și o dezvoltare psihică mai avansată datorită contactului permanent cu mama și datorită conversațiilor „dense”, în care mamele își revărsau înșingurarea. La 4 ani însă și apoi la 5 comparația a pus în evi-dență diferențe inverse.

— **Interesant, dar de ce?**

— Pentru că între timp copiii din prima ca-tegorie au fost puși în contact cu un mediu mult mai bogat, complex și încărcat cultural.

— **Și mai departe...**

— Există și un mai departe, dar există și un totodată. Aș vrea să mă mai refer la ce se mai întîmplă totodată pînă la un an...

Copilul cîștigă forța de a apuca lucrurile și de a le muta dintr-un loc în altul, dar și de a ședea (la 6 luni), întîi sprijinit apoi lejer. Din această poziție se întinde și se tirăște spre ju-cării, se apucă de ce poate și, sprijinindu-se, se ridică în picioare cam pe la 10 luni, pentru ca pe la un an să facă primii pași, dus de mină, temător (și cu baza de susținere prin pi-cioare foarte largă). Cade mult, mai plînge, mai icnește și iată-l la 1 an mergînd. Astfel, asistat de familie și mai ales de mamă, copilul își cîștigă pînă la 1 an cel puțin 7 tipuri de conduite specific umane: 1) ritmicitatea veg-he-somn (cu somnul-siestă după mesele mai importante); 2) bazele comunicării; 3) începul mersului; 4) mînuirea de obiecte (inclusiv a linguriței); 5) relaționarea diferită cu cei din familie și un oarecare mutism expectativ față de persoanele străine; 6) deprinderea de a anunța momente în care are nevoie de oîță, ceea ce echivalează cu constituirea bazelor deprinderilor igienice; și 7) experiența încă

primară dar activă privind faptul că există „nu e voie” și „e voie”, ceea ce echivalează cu constituirea primară a ordinii comportării lor dezirabile.

— Într-adevăr, primul an de viață este foarte important prin achizițiile sale. Dar ceilalți ani care preced vîrsta școlarizării prin ce se caracterizează în direcția dezvoltării psihice a copilului?

— Între 1—3 ani urmează o perioadă de dezvoltare intensă pe linia celor descrise. La 3 ani copilul poate să se exprime coerent, poate povesti ce i s-a întîmplat, ce a auzit, dar poate și născoci. De pildă, dacă mama vrea să-l ducă la plimbare și el e foarte antrenat într-un joc, poate spune că a auzit că pe stradă a venit un urs ce fură copii și mușcă foarte tare.

Perioada dintre 3—6 ani este dominată de o adevărată explozie de jocuri de manipulare, de imitație, de creație și apoi de jocuri cu subiect și rol și cu reguli.

— Foarte mulți părinți vorbesc despre o foarte intensă fază de interogație a copiilor preșcolari. Are aceasta vre-o legătură cu jocul?

— În sensul cel mai larg, da. Jocul este un răspuns la interogațiile neverbalizate, fiind în același timp un scenariu de viață ce răspunde în primul rînd la întrebarea: ce este aceasta? (prin jocul de-a manipularea); la întrebarea: de ce? prin jocurile cu subiect; (trebuie făcută în joc o injecție fiindcă unul din personajele jocului este bolnav); și la întrebarea: cum? prin reconstruirea conduitei umane manipu-

lante. Totuși jocul reprezintă mai mult. Copilul ceartă păpușa sau ursulețul pentru că nu vor să se culce sau să mînce (în joc) sau le promite fel de fel de recompense dacă vor fi cuminți și vor dormi (în jocul de-a familia). Scenariile de joc se îmbogățesc, repertoriul lor devine cu atît mai vast cu cît mediul familial este mai deschis și familia mai ancorată în viața socială. În joc se ciocnesc mașini, au loc dispute privind regulile de circulație, se montează jucării după instrucțiuni, au loc jocuri de construcții, jocuri de mișcare și... jocul de-a școala. În toate jocurile există centrarea pe ceva și un anumit stil de a decurge scenariul, subiectul și rolurile. Din toate acestea se pot decodifica stilul și nivelul cultural, efectele de reflex ale vieții de familie, bogăția problemelor cu care aceasta pune în contact copilul sau chiar faptul că familia se confruntă cu diferite tipuri de situații.

— Copilul imită deci momente ale vieții de fiecare zi?

— Da și nu. Da, în sensul la care ne-am referit deja; nu, în sensul că jocul triază, creează replici, conturează personaje pozitive sau negative, încearcă să surprindă consecințele sau inconvenientele ce rezultă din conduitele de fiecare zi ale evenimentelor ce traversează într-un fel sau altul familia. După 5 ani numărul și variabilitatea subiectelor de joc crește. În jocul de-a magazinul se reproduc conduite politicoase, dezagreabile sau agresive atît la cumpărători ca și la vînzători, în jocul de-a medicul sau de-a policlinica se implică tot felul de nuanțe ale conduitei medicilor, surorilor, copiilor, mamelor etc.

În fine, copilul intră în viața școlară dar aceasta are destule elemente derutante. Diferențele de conduită privind copiii buni și mai puțin buni, copiii agresivi, cei obraznici, cei șmecheri, cei conștiincioși, apar în rolurile scenariilor jocurilor de-a școala. Familia organizează programul zilei de muncă a copilului, creează și controlează ritmul de muncă, concentrarea și atenția la teme, organizarea simțului de răspundere. Este, fără discuție, nevoie de ceva efort de a face din exerciții ce se repetă o activitate agreabilă și o activitate de autodepășire, de autoperfecționare, o intrare în competiția loială școlară. Și mai e și ghiozdanul, „mica ceremonie zilnică” de aranjare a ghiozdanului în funcție de orarul zilei ce urmează. Mai sînt și problemele legate de uniformă, de lucrurile necesare la școală. Ordinea și comutarea activității și a tuturor intereselor de pe „Azi” ca miez al vieții pe „Mîine”, eternul mîine. Aceasta este o mutație de deosebită importanță — pe care școala o cere și o evaluează dar familia o întreține, o organizează și o animă, creînd drum nou „perspectivelor” ca formă de contribuție generoasă și de preț ai celor 7 ani de-acasă pentru dezvoltarea psihică și sănătatea mintală a copilului. Acest proces nu este deloc ușor, dat fiind faptul că o societate și o lume nouă caută metode de educare noi, superioare celor din trecut, mai umanitare și mai aproape de ideea că educația este în esență un act de dragoste.

Constantin POPOVICI



VACANȚA MARE



Ca și pentru adulți, vacanța copiilor, a elevilor de toate vîrstele este cel mai nimerit prilej de a valorifica la maximum întîlnirea cu natura, pentru a recupera prin odihnă efortul fizic și neuro-psihic cheltuit de-a lungul unui an școlar, caracterizat prin solicitări complexe și exigențe din ce în ce mai mari.

Vacanța mare este perioada ideală pentru ca intențiile părinților privind călirea organismului copiilor lor prin factori naturali – expunere la razele soarelui, la aer, băi în apele mării sau ale riurilor – să se realizeze în condiții cit mai favorabile. De aceea, este cu totul nefiresc și în defavoarea sănătății lor ca în miez de vară să mai vezi copii îmbrăcați de sus și pînă jos, numai minile și obrazul lor fiind pîrguite de razele solare, de adierea vîntului cald. Se poate însă întîmpla ca unor copii suferinzi să li se contraindica de către medic folosirea factorilor naturali în sezonul cald; altfel asemenea procedeu este cu totul în defavoarea sănătății.

Evident, și în această privință „nimic nu e bun fără măsură”. Părinții trebuie să fie și la acest capitol buni sfătuitoari. Ei trebuie să-i învețe pe copii să nu se expună decît progresiv razelor solare și niciodată în exces, să nu se scalde cînd sînt supraîncălziți, să nu se avînte prea departe în apă, izolîndu-se de ceilalți, chiar dacă știu să înoate, să nu stea prea mult în apă, chiar dacă afară este caniculă. În general, să nu facă excese de nici un fel.

Starea de oboseală, consecutivă solicitărilor unui întreg an școlar, poate să apară chiar în condițiile respectării normelor igienice de muncă și odihnă.

Deși somnul deține un rol preponderent în combaterea oboselii, prelungirea intervalelor destinate somnului recuperator trebuie completată cu forme multiple de odihnă activă. Nu trebuie uitat nici un moment obiceiul unor copii mai mari, al unor adolescenți, care, în ideea că dimineața se pot scula mai tîrziu, amină ora culcării de seară uneori dincolo de miezul nopții. Se ignoră astfel importantul fapt că sub raport calitativ prima etapă a somnului este și cea mai productivă, conferă omului, indiferent de vîrstă, senzația deplină de „odihnit”. Prin culcare la o

ora potrivită, ora 21 pentru copiii mai mici și ora 22 pentru cei mai mari, somnul devine liniștit, calm, fără senzația de insatisfacție și proasta dispoziție care urmează unui somn aminat. Somnul nu este întrerupt de fenomene onirice, de vise nenumărate și coșmaruri.

În ceea ce privește odihna activă, se știe ca aceasta este reprezentată de întreaga paletă a activităților pe care le efectuează elevii în vacanță. Începînd cu sporturile, cu exercițiile fizice, cu excursiile, cu taberele de creație și de odihnă, cu lecturile și spectacolele pe care le vizionează, cu drumețiile sau cu simplul joc, și încheind cu activitățile gospodărești pe măsura puterilor lor, ajutînd părinții în grădină, la lotul personal, la cumpărături sau curățenia zilnică – toate acestea reprezintă alte activități decît aceea de a învăța. Ele pot constitui tot atîtea forme de odihnă activă, care relaxează sistemul nervos, intens și durabil solicitat în timpul anului școlar.

În special jocul, indiferent de forma în care este practicat, indiferent de vîrsta copiilor, este forma cea mai fericită de relaxare fizică și psihică a copilului, a elevului, a tînărului. Pentru aceștia din urmă, sporturile și dansul tind să ocupe din ce în ce mai mult locul jocului. Jocul de mișcare, de gîndire, jocul improvizat sau jocul cu reguli, oricare din ele, pare să nu-l obosească pe copil. Ele îl familiarizează cu viața socială, cu regulile, cu normele vieții de grup, cu necesitatea de a-și asuma și respecta roluri diferite. Astfel, jocul dezvoltă creativitatea, sociabilitatea, simțul critic și discernămintul copiilor, voința și curajul. Iată de ce copiii trebuie lăsați de părinți ca în vacanța mare să beneficieze din plin de bucuria și libertatea pe care o conferă jocul, cu condiția ca și celelalte repere ale programului zilnic, referitoare la orele de masă, de somn sau de alte activități să se îndeplinească integral.

Copiii trebuie supravegheați și instruiți de părinți pentru a evita cît se poate de mult loviturile de orice fel, căzăturile sau orice alt tip de accidente, mult mai frecvente în zonele urbane, pe asfalt, pe scări, pe schele metalice, în spațiile stradale.

Vacanța mare este concomitent o perioadă de odihnă și refacere a forțelor cheltuite, dar și un disponibil de timp ce trebuie folosit pentru întărirea sănătății fizice și psihice a elevilor, pentru a fi apti să răspundă în cele mai bune condiții solicitărilor noului an școlar. Timpul pe care unii copii sau adolescenți îl petrec la colț de stradă, în conversații interminabile, folosind uneori un limbaj pe care în familie se fereșc să-l întrebuințeze, este un timp irosit, care înseamnă întotdeauna risipă de tinerțe și sănătate.

Dacă elevul a absolvit în bune condițiuni anul de studiu, este bine ca în vacanță să nu fie aglomerat cu activități școlare, dar nici să i se estompeze inițiativele de acest fel.

Cu cîteva săptămîni înaintea începerii anului școlar este de dorit să reia o serie din temele efectuate în anul precedent, să-și încheie lecturile particulare, iar cei aflați în an cu competiții liceale să parcurgă autonom și pe îndelete materia deja studiată, astfel ca noile cunoștințe din anul care vine să se grefeze armonios și continuu pe cele asimilate corespunzător în anul care a trecut.

L. PETRE

MEDICINA DE AZI, „MEDICINA PROFILACTICĂ“

Medicina de azi este o știință a acțiunii bio-psiho-sociale în care se învață continuu metode și tehnici de intervenție în relațiile inter și intraorganice și de mediu exogen cu scopul primordial de a preveni bolile, de a le trata și a recupera pe cei suferinzi. Ea nu se ocupă numai de boli și bolnavi, ci, în mod egal, și de cei sănătoși, urmărind să facă totul pentru a preveni bolile, a identifica și limita factorii de risc ai sănătății. Realizarea acestor obiective impune un efort uman colectiv împotriva suferințelor, pentru ocrotirea sănătății și vieții.

Medicina de azi este „medicina omului sănătos“, care își propune să dezvolte măsurile curative fără să negligeze cele mai bune metode și măsuri de prevenire a maladiilor, să dea întâietate acțiunilor de promovare a sănătății în raport cu asistența spitalicească. Pentru aceasta, ea trebuie să-i facă pe oameni să înțeleagă că sănătatea nu este un dar pe care l-au primit o dată pentru totdeauna sau un produs care se cumpără, ci este o calitate deosebită a organismului uman pe care au răspunderea să o mențină de-a lungul întregii vieți.

În acest scop, medicii au obligația să învețe oamenii ce trebuie să facă pentru menținerea propriei sănătăți și cum să-și detecteze simptomele timpurii ale dereglării stării de sănătate. Totodată, în calitate de specialiști, medicii au obligația să pună la timp un diagnostic precoce și să identifice factorii de risc care au dereglat sănătatea, pentru a contribui astfel la reducerea numărului de îmbolnăviri, chiar la evitarea acestora.

Pentru a-și menține sănătatea, oamenii trebuie să mănince și să bea moderat, să nu fumeze, să conducă prudent autoturismul, să facă exerciții fizice, să învețe să suporte stresurile și să ajute și pe alții să procedeze la fel. De asemenea, să promoveze relaxarea și regimul de viață echilibrat, să-și mențină greutatea corporală normală și să evite automedicația și abuzul de medicamente.

Despre toate acestea pot fi învățați oamenii printr-o neîntreruptă educație sanitară, prin care să fie ajutați nu numai să înțeleagă ce trebuie să facă pentru păstrarea sănătății sau restabilirea ei, ci trebuie să declanșeze în fiecare individ și în colectivități o conștiință mereu mai clară a valorii sănătății. În acest scop, este nevoie de noi metodologii și de informații transmise prin toate mijloacele massmedia, prin intermediul teatrului, cinematografului, muzicii etc., care să ajungă la locurile de muncă și de viață.

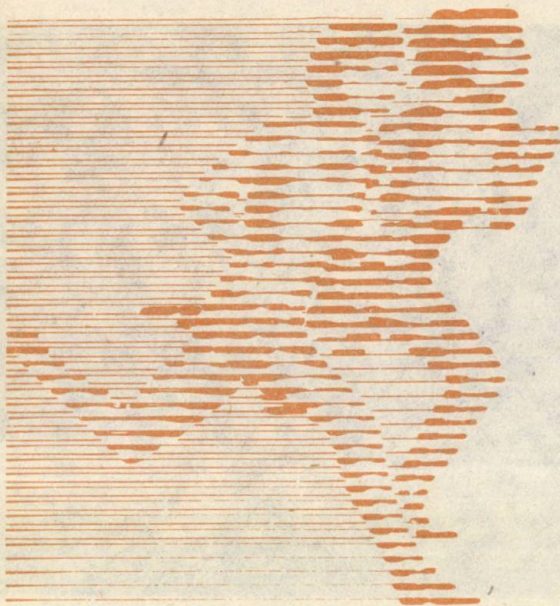
Știință socială în esența ei, după cum afirma Wircchow, medicina este în fond o responsabi-



tate umană și economică prin rolul de apărare a sănătății colectivităților umane, care reprezintă un factor principal al ordinii sociale și economice.

Menținerea sănătății omului va permite supunerea medicinei preventive unui plan de eficacitate bazat pe valoarea randamentului economic. Această atitudine va duce la reducerea cheltuielilor pe care le antrenează boala, rambursind astfel societății, prin economiile realizate, costurile asistenței medicale acordate și ale timpului absentat, precum și pentru valoarea vieților salvate. În acest sens este semnificativă ideea exprimată de tovarășul Nicolae Ceaușescu la constituirea Consiliului Sanitar Superior: „Trebuie să se acorde atenția principală prevenirii bolilor, nu intervenției după ce omul s-a îmbolnăvit, când, uneori, nu mai e nimic de făcut. Desigur pacienții trebuie tratați, dar medicina trebuie să acționeze în primul rând pentru a preveni îmbolnăvirea și trebuie să acorde atenție centrală acestei activități, inclusiv în domeniul învățămîntului și cercetării“. Ideea exprimată de președintele României se reflectă puternic în principiile generale cuprinse în capitolul I al Legii privind asigurarea sănătății populației, act normativ ce reflectă importanța ce se acordă în țara noastră medicinei preventive.

Astăzi trăim într-o epocă în care trebuie să se acorde atenție și responsabilitate sporită principiilor de medicină preventivă, care este necesar să fie nu numai acceptate dar și aplicate atât de către medici, cât și de fiecare individ și colectivitate. Toți aceștia, răspunzători în mod egal de menținerea sănătății publice, trebuie să recunoască de acum că aceasta nu se poate realiza dacă medicii se ocupă numai de cei bolnavi sau numai prin simpla suprimare a bolii. În realitate, medicina este, în primul rând, știința ocrotirii celor sănătoși și apoi a celor bolnavi. Marile pro-



bleme ale medicinei generale sînt: rolul terenului endogen, al mediului exogen, al constituției și eredității, al eredității și stilului de consum cultural, al climei și factorilor geografici, toți avînd, în evoluția lor, o importantă influență asupra sănătății. Finalitatea unei politici sanitare nu înseamnă dezvoltarea neîntreruptă a unei rețele spitalicești, ci eliberarea oamenilor de dependența lor față de curativism. A reduce numărul de îmbolnăviri evitabile înseamnă a identifica din timp factorii determinanți ai acestora, a-i învăța pe oameni să detecteze singuri primele simptome, a institui cit mai devreme tratamentul corespunzător și, chiar, a aproxima riscurile la care este expusă sănătatea individuală și cea colectivă. Pentru că viitorul sănătății unui om depinde de primul diagnostic pus de medicul de medicină generală cu care acesta intră prima oară în contact. Iată de ce este imperios necesar să fie ridicat prestigiul, autoritatea și responsabilitatea acestuia, care este medic de bază.

În contextul dezvoltării continue a științelor nu este exagerat să afirmăm că medicina, și îndeosebi „medicina omului sănătos”, a început să joace un rol din ce în ce mai important, cu per-

spectiva de a putea deveni o forță motrice a dezvoltării economiei naționale, un instrument de evaluare, menținere și recuperare continuă a sănătății, bază a progresului economic și social. De aceea, „medicina omului sănătos” are nevoie de alianțe cu discipline învecinate cu mari responsabilități în menținerea sănătății (biologia, biofizica, biochimia, cibernetica, genetica, sociologia, psihologia, etica, științele juridice ș.a.). De asemenea, are nevoie de strategii inter și multidisciplinare, de un limbaj comun pentru a investiga bolile de existență umană, a le depista cauzele și a le identifica factorii și sensurile diferitelor procese bio-psiho-sociale, a dezvolta procedee care să le influențeze comportamentele sociale necesare promovării sănătății populației.

În urma numeroaselor cercetări pe care le-am efectuat în acest sens, am constatat o distribuție diferențiată a morbidității în funcție de stil de viață, obiceiuri, experiență, tradiții, mediu de muncă și familial extraprofesional, consum cultural. Etiologia este multifactorială, în relație directă cu factorii exogeni, care îi influențează pe cei endogeni. La rîndul ei, populația, cu grade diferite de mobilitate teritorială, profesională și socială, supusă unui risc diferențiat și specific, se caracterizează prin adresabilitate tardivă la medic, abia în faza cronicizării bolilor. De asemenea, în urma acestor cercetări s-a evidențiat necesitatea divizării responsabilității față de apărarea sănătății cuplului, constatîndu-se necesitatea ca populația feminină să primească suficiente informații calificate asupra vieții sexuale pentru a înțelege mai bine consecințele nefaste ale avorturilor și alte aspecte care generează vulnerabilitatea sănătății, cu efecte directe asupra comportamentului demografic. Pentru ca sexualitatea să nu devină o temă clandestină, favorizantă a unor riscuri nedorite, este necesară stabilirea răspunderilor ce revin educației sanitare în acest domeniu și a scopurilor ei, în vederea dezvoltării armonioase a personalității partenerilor.

Între concluziile acestor cercetări s-a evidențiat și faptul că dialogul dintre medic și pacientul sănătos a devenit o problemă majoră a medicinei contemporane. Forța medicului izvorăște din curajul, înțelepciunea și încrederea sa statornică în reușita ocrotirii sănătății oamenilor, din capacitatea sa de a îmbina știința cu pasiunea, forța cuvîntului cu cea a exemplului personal, generozitatea cu modestia. Fără toate acestea și fără umanism, calitatea actului medical este sărăcită. În fond medicul a fost și este un aliat de încredere al bolnavului în lupta acestuia cu suferința.

Medicul contemporan trebuie să știe să folosească cu pasiune și perseverență cunoștințele teoretice și practice în lupta pentru prevenirea și combaterea bolilor, pentru apărarea sănătății colectivităților umane. Conștient de menirea sa de a diminua suferințele – nu numai durerile fizice, ci și slăbiciunile, infirmitățile și tot cortegiul de servituți aduse de boală –, el nu se va limita numai la acest obiectiv, ci va da prioritate traducerii în viață a principiilor medicinei preventive, „medicina omului sănătos”.

Prof. dr. Grigore POPESCU
I.M.F. București

ARTA DE A TRĂI SĂNĂTOS



Stilul de viață, ca rădăcină a sănătății, reprezintă în esență modul de a fi al unui individ sau al unei colectivități, prin care sînt transpuse în practică valori fundamentale încorporate.

Subiectul dezvoltat este o rezultantă a meditației asupra „condiției omului” în societatea contemporană, în care experiența noastră de viață s-a intersectat cu lecturile parcurse, impulsul pentru acest demers temerar fiindu-ne dat de celebrul aforism al lui Hipocrate: „Vita brevis, ars longa” (Viața e scurtă, arta e lungă). Dacă Hipocrate, care era medic, înțelegea prin artă arta medicală, trebuie spus că pentru vechii greci arta însemna capacitate creatoare și calitatea muncii din domeniul profesional ales. Și dacă reflectăm la ceea ce spunea Eschil, că „toate artele pe care le cunosc ființele omenești se datoresc lui Prometeu”, cel care a suferit dăruind omului alături de foc și rațiunea, atunci „arta” reprezintă sigur moștenire și împărtășire, combustie și spirit, talent și adevărate, unitate comportamentală cu pecete unică.

Referirea la începuturi nu e întâmplătoare dacă avem în vedere afirmația lui Eminescu, simbol al conștiinței românești, care scria: „Precum gimnastica dezvoltă toate puterile mușchiulare și dă corpului o atitudine de putere și tinerețe, tot astfel pururea tinăra și senina antichitate dă o atitudine analoagă spiritului și caracterului omenească”.

Pentru omul timpurilor noastre normele vieții și muncii sănătoase sînt mult mai complexe. A vorbi la acest sfîrșit de secol XX, în epoca revoluției tehnico-științifice și a umanismului revoluționar, de homocultură (de la cuvintele latinești **homo** = om și **cultură** = îngrijire, cultivare), ni se pare a fi în consens cu posibilitățile civilizației actuale, cu sensurile ideatice în care ființa umană crede și la care aspiră. În această accepție generoasă, homocultura ar reprezenta un ansamblu de căi și mijloace ce concură în dinamică la dezvoltarea somato-psihică și socio-culturală a omului, la ocrotirea vieții și sănătății lui, la perfecționarea sa antropofică. În contextul social și cultural actual, stilul de viață se întemeiază pe „convertirea valorii în comportament și a culturii în civilizație”.

Stilul de viață se judecă raportîndu-l atît la condițiile externe, cît și la propriile coordonate

interne. Pericolele care pîndesc sînt alienarea și eșecul.

Pentru a putea ajunge la sănătatea pentru toți, așa cum preconizează documentele Organizației Mondiale a Sănătății, va trebui să cunoaștem natura din noi, să ne reîntoarcem spre surse, la un comportament rațional, să dovedim înțelepciune, pentru că înțelepciunea este arta de a trăi. De aceea, redescoperirea mijloacelor naturale, reîntoarcerea de pe noi poziții la natură, aplicarea principiilor naturale în viața de toate zilele reprezintă strategia sănătății viitorului.

Pentru individ, elementele esențiale ale obținerii și menținerii sănătății în perimetrul artei de a trăi, făcînd abstracție de fondul genetic, ni se par a se înscrie în următorul decalog: disciplina muncii, cultivarea performanței, cu obținerea de satisfacții profesionale; știința petrecerii timpului liber, cu posedarea mijloacelor de relaxare; alimentație cumpătată și echilibrată în principii alimentare, cu predominanța produselor naturale; călirea organismului prin factori naturali (aer, apă, soare) și mișcare, în diferitele ei variante, pentru menținerea fitnesului (condiții fizice); locuință igienică și familie încheată; comportament social și conștiință ecologică; receptivitate și consecvență față de tropisme axiologice și morale; cultură sanitară și evitarea factorilor de risc (sedentarism, alcool, tutun, automedicație etc.); control medical periodic preventiv, cu respectarea prescripțiilor; cunoaștere de sine și autoeducație.

Acest decalog se înscrie în homocultură. El invită la reflecție și la exprimarea opțiunilor.

Cunoașterea de sine vizează binele, servirea acestuia, în cazul nostru asimilat cu sănătatea, conferă lucrurilor sau acțiunilor sens și valoare.

Respectul omului față de sine și capacitatea de dăruire, de efort, două idei-virtuți, spre exemplu, devin realități valorice numai în acțiune.

Or, omul zilelor noastre, instruit, cu un bogat bagaj de cunoștințe, are datoria morală de a se forma pe sine, mai sănătos, mai viguros fizic și psihic, mai bun, mai înțelept, sensibil la valoare, frumos și adevăr, mai receptiv la tot ceea ce îi oferă natura.

Dr. Grigore BUȘOI

ATENȚIE LA FACTORII DE RISC!

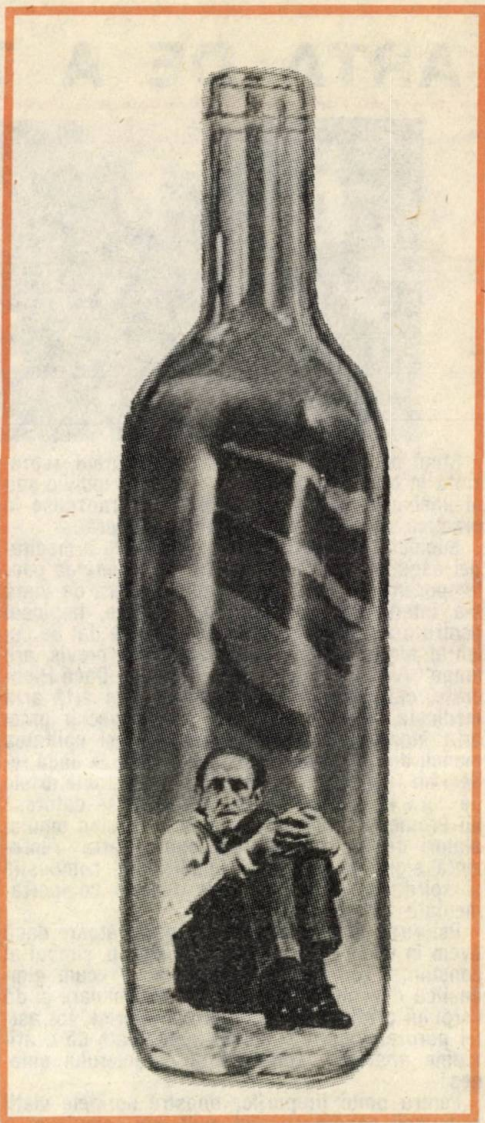
Înfăptuirea obiectivelor ocrotirii sănătății populației în țara noastră vizează intensificarea activității medicale preventive și dezvoltarea acelor modalități prin care să se realizeze „medicina omului sănătos”. Concepție modernă de realizare a unei profilaxii active și eficiente, pe baza cunoașterii acțiunii factorilor de risc asupra sănătății, a evitării și combaterii lor, „medicina omului sănătos” a fost însușită și este realizată de medicina românească cu participarea întregii populații. Combaterea factorilor de risc, considerată „problema nr. 1 a medicinei contemporane”, constituie mai mult decât o idee organizatorică, întrucât astăzi ocrotirea sănătății nu mai poate fi privită ca un obiectiv a cărei realizare revine exclusiv personalului medico-sanitar, ci ca o preocupare de majoră importanță ce trebuie integrată în contextul social, antrenând responsabilitatea și participarea activă și continuă a fiecărui individ, cât și a colectivităților umane.

Termenul „factori de risc”, prezent din ce în ce mai frecvent în vocabularul medical în ultimele decenii, include toate elementele care contribuie la deteriorarea sănătății, a căror apariție – demn de reținut – se datorează, în majoritatea cazurilor, nouă înșine. Este cazul tabagismului, consumului permanent de alcool, excedentului în greutate corporală (consecința unor excese alimentare dar și a insuficienței activității fizice), a poluării mediului ambiant.

Considerind utilă rememorarea acțiunii nefaste asupra sănătății produsă de acești importanți factori de risc, deseori neglijăți, am apelat la opiniile unor valoroși colaboratori: **prof. dr. Constantin Anastasatu**, membru corespondent al Academiei R.S. România, directorul Institutului de fiziologie, **prof. dr. doc. Costin Carp**, șeful clinicii de cardiologie de la Spitalul clinic „Fundeni”, **prof. dr. Dan Enăchescu**, șeful Disciplinei de medicină socială de la I.M.F. București, **prof. dr. Sergiu Mănescu**, directorul Institutului de igienă și sănătate publică din București, **prof. dr. Nicolae Telechi**, directorul Institutului de medicină fizică, balneologie și recuperare medicală și **conf. dr. Alexandru Oproiu**, șeful clinicii de gastroenterologie de la Spitalul clinic „Fundeni”.

- Caracterizarea fumatului de către Organizația Mondială a Sănătății ca „dușmanul nr. 1 al sănătății” ne determină să-i acordăm înțelegere în prezentarea factorilor de risc. Cunoșcând consecvența cu care dv., stimate tovarășe profesor Constantin Anastasatu, prezentați acțiunea lui agresivă asupra aparatului respirator, vă rugăm să vă referiți la rolul nefast al fumatului în geneza cancerului bronhopulmonar.

- Experiența acumulată în ultimele decenii probează cu certitudine acțiunea cancerigenă a fumatului, atât a celui „direct”, cînd fumul de țig-



gară este inhalat de „fumătorii activi”, cât și a celui „indirect”, inhalat de „fumătorii pasivi”. În acest fum există sute de substanțe toxice, dintre care unele, cum sînt hidrocarburile, nitrosaminele ș.a., au un rol cert, dovedit și experimental, în geneza cancerului bronhopulmonar – maladie pretutindeni în lume în creștere, fiind cea mai gravă consecință a fumatului intens și îndelungat. Toate statisticile din ultimii 30 de ani, pe zeci de mii de cazuri, arată un paralelism frapant între creșterea consumului de țigări și a numărului de cazuri de cancer al căilor respiratorii. Riscul fumătorilor de a face asemenea boală necruțătoare este cu atât mai mare cu cît s-a aprins prima țigară la o vîrstă mai fragedă (12-14 ani) și se fumează un număr mai mare pe zi (peste 15-20), cu cît au trecut peste 10-15 ani de cînd se practică acest nefericit obicei și cu cît

se obișnuiește mai mult să se inhaleze fumul în piept sau să se fumeze țigara complet. Riscul este și mai mare dacă la fumat se adaugă: poluarea profesională (cu praf de azbest, nichel, crom ș.a.), anumite carențe alimentare (în vitaminele E și A), iradierea crescută în atmosferă, prezența anumitor boli cronice (bronșita obstructivă, fibrozele interstițiale, etilismul ș.a.) sau unii factori genetici în curs de elucidare. Factorul etiologic principal, care explică instalarea cancerului pulmonar în peste 90 la sută din cazuri, rămâne fumatul în special de țigări. Antrenarea mai largă la fumat a copiilor și tinerilor între 10 și 18 ani, precum și a femeilor s-a soldat, în ultimii ani, cu mortalități prin cancer pulmonar care trec la anumite grupe de risc de 800-900 la mie, față de cifre sub 10 la mie cit reprezentând mortalitatea prin aceeași boală la nefumători (datorată în mare măsură „fumatului pasiv”, adică inhalării fumului de la fumători).

— Care sînt, după părerea dv., măsurile menite să anihileze acțiunea nocivă a fumatului în producerea cancerului bronhopulmonar?

— Ținînd seama de situația alarmantă că un fumător inveterat este expus la un risc de cancer pulmonar de zeci și chiar de sute de ori mai mare decît un nefumător, situație care în perspectivă devine și mai îngrijorătoare, deși nu include numai pericolul cancerului ci și al altor boli grave generate de fumat, singura măsură rațională, necesară și eficientă este eliminarea fumatului din preocupările mai ales ale copiilor, tinerilor și femeilor, în fond ale întregii populații. Desigur, măsura nu se poate aplica de la o zi la alta, dar ea este și rămîne unica soluție de a realiza profilaxia eficientă a cancerului pulmonar. Trebuie desfășurată o asemenea acțiune de lămurire și convingere încît să se creeze o opinie publică fermă și capabilă să nu mai îngăduie sub nici o formă perpetuarea unui obicei care chiar dacă are, poate, un anumit farmec, acesta este complet anulat de grava amenințare a sănătății pe care o conține. Este o atitudine care, în țări deocamdată puține la număr, cum sînt SUA, Norvegia, Suedia, a reușit să formeze o violentă opinie publică, fumatul fiind deja în descreștere, iar ca un corolar se schițează descreșterea și în numărul cazurilor de cancer bronhopulmonar. În țara noastră, unde sînt create toate condițiile pentru o luptă eficientă împotriva fumatului, aceste condiții se impun să fie perseverente și eficace valorificate prin antrenarea întregii populații la lupta antitabagică.

— În acțiunea de intensă incriminare a fumatului desfășurată în ultimul timp, reține atenția afirmația prof. Keith Ball, șeful catedrei de medicină preventivă și cardiologie din Londra, că practicarea lui constituie cel mai grav pericol la care este expusă sănătatea umanității. Cum poate fi argumentată această afirmație, stimate tovarășe prof. dr. Costin Carp, prin prisma consecințelor fumatului asupra aparatului cardiovascular?

— Fumatul constituie un risc major în apariția hipertensiunii arteriale, care, la rîndul ei, favorizează, alături de creșterea colesterolului sanguin, producerea aterosclerozei la diferite organe, dar mai ales la nivelul vaselor coronare

ale inimii, și apariția cardiopatiei ischemice. De precizat că acțiunea nefavorabilă și riscul major al fumatului se extind asupra următoarelor „evenimente” coronariene: infarctul miocardic acut, tulburările de ritm ale inimii, accidentele vasculare cerebrale și moartea subită. Din totalul deceselor prin cardiopatie ischemică înregistrate pe plan mondial se apreciază că peste 30 la sută ar fi legate direct de influența nocivă a fumatului (numai în SUA, anual, 325 000 de decese ar avea această cauză), fapt ce determină ca azi să se afirme cu putere că acesta este cel mai frecvent și cel mai puternic factor de risc de care este legată apariția cardiopatiei ischemice. Astfel, aproximativ 75 la sută din cazurile de cardiopatie ischemică sînt consecința fumatului care începe înainte de împlinirea vârstei de 20 ani, ducînd la complicațiile arătate mai sus și la hipertensiune arterială. Toate aceste constatări îi determină pe cardiologii contemporani să acorde o atenție din ce în ce mai mare consecințelor fumatului la tineri și să-l considere o problemă majoră, mai ales că s-a constatat că există un număr semnificativ de oameni ce au o sensibilitate la fumat, manifestată prin apariția precoce și mai severă a aterosclerozei, cu o evoluție accelerată. Dar fumatul contribuie în mod semnificativ la apariția afecțiunilor arteriale periferice, sub formă de trombangită obliterantă, de arterită aterosclerotică sau de sindrom Raynaud. În ultimul timp s-a precizat că fumatul exercită aceleași efecte nefavorabile și asupra persoanelor în vîrstă, tulburările fiind ireversibile chiar dacă acestea renunță la fumat. Riscul produs la această vîrstă este atît la cei aparent sănătoși, cît și la cei cu cardiopatie ischemică, dar mortalitatea este, statistic, mai crescută la fumători decît la nefumători.

— Prezentarea consecințelor fumatului asupra aparatului cardiovascular evidențiază pregnant importanța combaterii lui, astăzi o problemă mondială și obiectiv de prim-plan al O.M.S.-ului, la realizarea căruia contribuie și țara noastră. Ce rol apreciați că revine educației în evitarea fumatului și chiar în abandonarea lui?

— Un rol hotărîtor, pentru că prevenirea fumatului la copii și tineri trebuie să devină o preocupare prioritară a familiei, școlii, dar și a persoanelor cu atribuții în viața social-politică. Deseori copiii și tinerii nu înțeleg consecințele fumatului, poate și pentru că acestea sînt prea îndepărtate sau motivele psihologice imediate sînt mai puternice și atractive. De multe ori ei doresc ca prin fumat să capete o notă de maturitate, de independență, de poziție sau de popularitate față de sexul opus sau față de cei din jur. Acțiunile și programele educative de prevenire a fumatului la adolescenți și tineri se pot aplica nu numai în cadrul familiei și al școlii, ci și la locul de muncă, prin prezentarea pericolelor fumatului, dar mai ales prin unele argumente, ce au, desori, o mai puternică influență asupra lor: mirosul neplăcut al gurii, colorarea dinților, scăderea forței musculare, apariția migrenelor și palpitațiilor, fenomene reale care prin cunoașterea lor pot duce la evitarea și chiar la sistarea fumatului. Una din cele mai eficiente modalități de a-i determina pe tineri să renunțe la țigara

este exemplul dat de părinții, de frații mai mari, de cadrele didactice și personalul medico-sanitar care asigură asistență în unitățile de învățămînt. Importantă în această acțiune este și cunoașterea de către cei ce abandonează fumatul a beneficiilor ce le pot avea. Astfel, numeroase studii populationale pe perioade mari menționează reducerea riscului îmbolnăvirii prin cardiopatie ischemică și accidente cerebrale și scăderea mortalității prin aceste complicații pînă la 50 la sută, efecte ce apar după cîteva săptămîni și durează aproximativ 10 ani. De asemenea, este evident că beneficiile cele mai mari le au tinerii și mai ales persoanele cu sensibilitate mare la efectele nocive ale fumatului asupra aparatului cardiovascular. Dar concomitent cu activitatea educativă este necesară o examinare periodică a fumătorilor, cel puțin la 5 ani (clinică, a funcției respiratorii și examenul electrocardiografic). Cu prilejul acestor controale și în afara lor, medicii, membrii de familie și cei apropiați fumătorilor trebuie să-i convingă să renunțe la țigară.

— Puțini știu că termenul „alcoholism” a apărut în vocabularul medical acum 100 de ani, fiind creat de medicul suedez Magnus Huss pentru a desemna prin el cauza unei patologii diverse, al cărui agent univoc era alcoolul etilic. Și, totuși, după trecerea unui secol de la nominalizarea acestui factor de risc, sînt mulți cei care neglijează acțiunea lui nocivă asupra tubului digestiv, ficatului și pancreasului. De aceea, vă rugăm, stimată tovarășe conf. doctor Alexandru Oproiu să o reamintiți cititorilor.

— Dintre factorii care influențează în mod deosebit apariția și evoluția afecțiunilor tubului digestiv, ficatului și pancreasului, alcoolul a atras în mod deosebit atenția medicilor și a constituit obiectul unor studii experimentale și clinice foarte minuțioase. El reprezintă elementul care exercită influențe negative atît asupra tubului digestiv — în special asupra stomacului și duodenului —, cît și asupra ficatului și pancreasului. Astăzi este elucidată acțiunea alcoolului asupra factorilor de apărare ai mucoasei gastrice și duodenale, el distrugînd pelicula de mucus, „prima linie de apărare” a acestei mucoase, rezistentă

la acțiunea nocivă a acidului clorhidric. Astfel, băuturile alcoolice, în special cele distilate, prin distrugerea mucusului protector, permit ionilor de hidrogen de aici să patrundă în peretele gastric și să favorizeze producerea de eroziuni, ulcerări și, uneori, chiar mici hemoragii. În afara diminuării rolului factorilor de apărare a mucoasei gastroduodenale, alcoolul stimulează și secreția de acid clorhidric și pepsină, care, dacă în concentrații fiziologice au rol important în digestia proteinelor, în concentrații foarte mari au o acțiune agresivă extraordinară de mare. Astfel, s-a studiat influența vinului alb și negru, a coniacului și whisky-ului, constatîndu-se că în prezența lor secreția acidă gastrică poate să depășească de 2-3 ori volumul stimulat de alimentele obișnuite. Iată deci dubla acțiune nocivă a alcoolului asupra tubului digestiv.

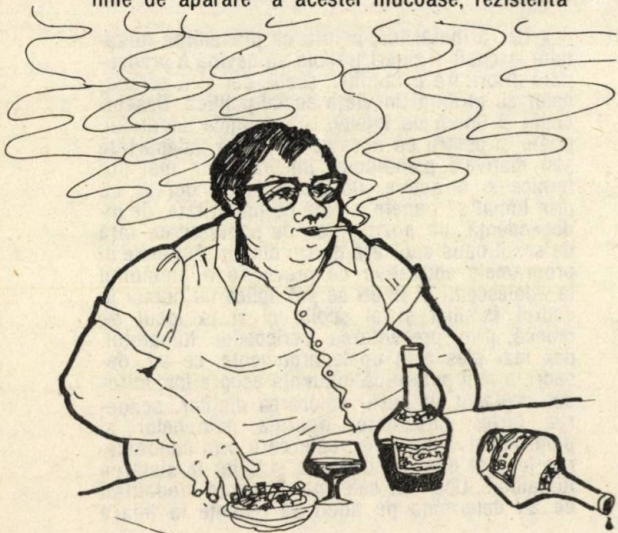
Dar abuzul de alcool afectează cu consecințe grave și ficatul, el suferind modificări metabolice care duc la inactivarea lui. Din această cauză excesul de alcool face să se acumuleze în organism un produs intermediar de degradare, foarte toxic pentru celula hepatică. Această toxicitate se manifestă inițial prin tulburarea metabolismului grăsimilor la nivelul celulei hepatice, ca încălcarea grăasă a ficatului, constituind așa-numita steatoză hepatică. Dacă consumul de alcool continuă, apar o serie de verigi patogenice complexe, care sfîrșesc prin constituirea cirozei hepatice, afecțiune ireversibilă. O acțiune nocivă exercită consumul de alcool și asupra pancreasului, constituind cauza cea mai frecventă a pancreatitei. Caracterizată prin crize dureroase foarte puternice, care deseori necesită intervenție chirurgicală, maladia odată apărută are o evoluție ireversibilă, fiind grevată de o mare mortalitate. De aceea, consider util să fie reamintite cît mai des efectele nocive ale alcoolului asupra organelor citate pentru a se limita consumul de băuturi alcoolice — indiferent de „tăria” acestora — numai la situații strict ocazionale și atunci în cantități moderate.

— Se poate vorbi și de o acțiune nocivă a fumatului asupra tractului digestiv?

— Deși se pare că influența nocivă a fumatului se exercită în special asupra aparatului respirator, pentru că acesta constituie poarta lui de intrare în organism, totuși ea se manifestă și asupra tractului digestiv. Studii deosebit de complexe au arătat legătura dintre fumat și producerea ulcerului duodenal, tutunul contribuind, de asemenea, la diminuarea factorilor de apărare a mucoasei duodenale și la creșterea secreției gastrice. Astfel se explică de ce ulcerul duodenal se vindecă mai greu la fumători (în majoritatea cazurilor necesitînd 8 săptămîni de tratament) decît la nefumători (unde sînt suficiente 4 săptămîni), iar recidivele ulcerului, după primul an de vindecare, apar la 70 la sută dintre foștii suferinzi care nu au renunțat la tutun.

Concluziile sînt la îndemîna oricui: consumul cît mai rar și cît mai moderat de băuturi alcoolice, precum și abandonarea definitivă a țigării sînt măsuri profilactice cu efecte complexe și favorabile asupra sănătății.

— Din nefericire, consumul exagerat de alcool are mult mai numeroase implicații asupra organismului consumatorului, ca și asupra produsului său de concepție, prin rolul său



embriotoxic și teratogen. La toate acestea se adaugă degradarea psiho-morală a consumatorului și a familiei sale, la care vă rugăm să vă referiți, stimate tovarășe profesor dr. Dan Enăchescu.

- Printre efectele directe ale alcoolului, care duc la degradarea psiho-morală a consumatorului, cel de la nivelul sistemului nervos este major; el se asociază atît cu intoxicația acută cit și cu acumularea lentă ce duce la dependență. Efectul acut (în care relația doză-răspuns este variabilă) se manifestă prin alterarea funcțiilor motorii, de coordonare (reflexe, performanțe, judecată, stare de conștiință și de atenție). Efectul cronic al consumului abuziv de alcool generează un comportament antisocial (agresiuni, vagabondaj, huliganism, crime, sinucideri), cu ecou puternic asupra familiei. Un studiu efectuat recent în Franța estima că din totalul deceselor procentul atribuit abuzului de alcool ar fi de 5-7 la sută, imputându-i-se acestuia 80 la sută din decesele prin ciroză, pînă la 40 la sută din accidentele de circulație, 10 la sută din accidentele produse la locul de muncă și de viață, 25 la sută din sinucideri, 50 la sută din crime. Și enumerarea ar putea continua. Cum însă acestea apar la vîrste relativ tinere, impactul lor inițial este mult mai mare, ca pierderi de ani potențial de viață activă, reducerea duratei medii de viață ș.a. Să reținem că raportul dintre consumatorii mici sau moderați de băuturi alcoolice și alcoolici este de 7/1 datorită toleranței sociale mari față de consum, a ignorării nocivității reale a alcoolului printre tineri, a persistării mentalității că el ar induce unele virtuți pozitive (creșterea forței fizice, a curajului, sociabilității și a „conștiinței de sine”, a sentimentului de putere și independență virilă), dar și a acceptării obiceiului de a face apel la băuturi alcoolice cu ocazia oricărui așa-zis „eveniment”. La toate categoriile de consumatori (obișnuiți, solitari sau alcoolici inveterați) creșterea preocupării pentru procurarea alcoolului se face concomitent cu reducerea interesului față de problemele sociale, neglijarea îndatoririlor familiale și sociale, ceea ce contribuie la degradarea atît a lor cit și a familiilor acestora.

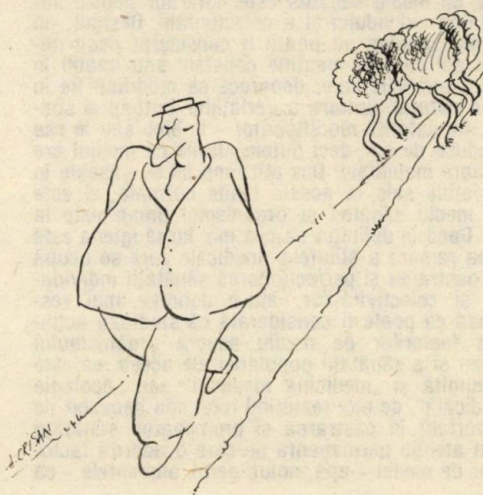
Statisticile arată că alcoolismul predomină la celibatari sau divorțați (constituind deseori motiv de desfacerea căsătoriei), se asociază cu delincvența și favorizează o bună parte din actele medico-legale. Se apreciază că 75 la sută din delincvenții juvenili provin din familii în care cel puțin unul din părinți este alcoolic. Consecințele sociale ale abuzului de alcool sînt complexe, grave și se exprimă clinic în special în degradare socio-profesională și intelectuală, dezorganizare familială, însoțită de tulburări comportamentale, cum sînt lipsa de disciplină și răspundere față de exigențele locului de muncă, conflictualitate, scăderea treptată a randamentului etc.

- Considerat „un antimod de viață”, sedentarismul este inclus în rîndul factorilor de risc ai sănătății intrucît contribuie la diminuarea tonusului sistemului nervos central și al celui muscular, la scăderea aprovizionării cu oxigen a țesuturilor și atrofia fibrelor musculare, la apariția unor modificări osteoarticulare (de uzură) și tulburări ale funcțiilor unor organe interne, precum și la multe alte consecințe. Și, totuși, repausul la pat reprezintă și astăzi una

din formele „terapii de cruțare”. Cum explicați aceasta, stimate tovarășe profesor Nicolae Telechi?

- Într-adevăr, repausul la pat reprezintă una dintre formele „terapii de cruțare” la care se recurge în mod necesar în anumite situații patologice, care impun reducerea la minimum a solicitărilor funcționale ale organismului. Dar astăzi sînt mult mai bine cunoscute și consecințele nefavorabile profunde ale repausului prelungit la pat, ca și ale lipsei de mișcare și de solicitare kinetică îndelungată, inclusiv ale sedentarismului, care reprezintă unul din neajunsurile modului de viață actual pentru unele categorii populaționale. Renunțarea la mișcare și repausul la pat determină o adevărată involuție a funcțiilor organismului, cu pierderi semnificative morfologice și funcționale. De exemplu, pentru fiecare zi de inactivitate se pierd 3 la sută din forța musculară și cantități mari de calciu din oase, care se elimină prin urină.

Pentru a se dezvolta normal, copilul și adolescentul au nevoie nu numai de mișcare, în sensul obișnuit al cuvîntului, ci chiar de solicitări la eforturi fizice mai consistente, iar adulții și chiar vîrstnicii de un anumit nivel de efort fizic pentru a-și menține capacitatea funcțională a principalelor aparate și sisteme ale organismului. Pentru sistemul circulator și pompa cardiacă, pentru aparatul respirator, pentru sistemul muscular și osteo-articular, nivelul funcțional este direct proporțional cu cantitatea de mișcare și de efort fizic efectuate. Țesutul osos, toate structurile articulare, periarticulare și perimusculare formate din țesut conjunctiv au un metabolism activ, care necesită pentru derularea normală factori kinetici, jocul presiunilor fiind exercitat asupra organismului de factorii gravitaționali, de contracțiile mușchilor și de purtarea de greutate. Este ilustrativ faptul că sistemul osos își completează în copilărie și adolescență depozitele de calciu și fosfor în funcție de solicitările fizice, atîngînd o valoare de vîrf către vîrsta de 35 ani, pentru ca după vîrsta de 40 ani mineralele osoase să se piardă constant, cu aproximativ 0,3 - 0,5 la sută



pe an, procent ce crește cu vîrsta, aceste procese nefiind influențate decît la practicarea sistematică de exerciții cu greutate.

— **Și, totuși, se consideră încă de multe persoane că mersul pe jos și simplele exerciții fizice sînt suficiente pentru menținerea capacității funcționale a organismului.**

— Este greșită această concepție intrucît pentru menținerea capacității de efort a organismului, care este corelată direct cu profilaxia bolilor cardio-vasculare și respiratorii, este necesară o metodologie adecvată. Ea se poate realiza prin alergare, gimnastică aerobică, practicarea unor sporturi etc. Mersul pe jos este dintre cele mai puțin solicitante forme de mișcare; deși util în anumite circumstanțe, el este insuficient pentru profilaxia bolilor cardio-vasculare. De asemenea, trebuie reținut faptul că profilaxia prin mișcare și exerciții trebuie aplicată, ca și alte forme de terapie, în mod individual (în funcție de organism, vîrstă, capacitate funcțională existentă) și numai sub îndrumarea unor medici specialiști. În prezent ne ocupăm de aplicarea în stațiunile balneo-climatice din țara noastră a unor forme de cură balneară profilactică, ce au ca obiectiv principal însușirea modalităților adecvate de practicare a mișcării și efortului fizic de către cei cărora le sînt indicate.

— **Între factorii de risc ai sănătății individuale și colective un rol important are și mediul ambiant. Care apreciați, stimate tovarășe profesor dr. Sergiu Mănescu, că este rolul igienei mediului, apei și solului în menținerea sănătății?**

— Dacă în definiția clasică a OMS-ului sănătatea este integritatea fizică, psihică și socială a individului și colectivității — ceea ce reprezintă mai mult un deziderat decît o stare de fapt —, într-o definiție mai restrînsă sănătatea poate fi reprezentată de echilibrul dinamic între factorii din interiorul organismului uman (genetici, metabolici, funcționali etc.) și factorii externi, în care sînt cuprinși, în primul rînd, condițiile de viață și de muncă, într-un cuvînt factorii de mediu. Buna funcționare a fiecărei grupe de factori poate fi considerată ca echivalentă cu sănătatea individului și colectivităților; rezultă, deci, că a menține un mediu sănătos este hotărîtor pentru sănătatea individului și a colectivității. Desigur, un mediu sănătos nu poate fi considerat decît numai cel care se menține constant sau imobil în caracteristicile sale, deoarece se modifică fie în mod natural, urmare a variațiilor în timp și spațiu, fie datorită modificărilor — în bine sau în rău — aduse de om; deci putem afirma că mediul are o mare mobilitate. Dar atît timp cît se găsește în variațiile sale în aceste limite normale, el este un mediu sănătos și organismul uman este la fel. Dacă în definiția sa cea mai largă igiena este acea ramură a științelor medicale care se ocupă cu păstrarea și perfecționarea sănătății individului și colectivităților, într-o definiție mai restrînsă ea poate fi considerată că studiază acțiunea factorilor de mediu asupra organismului uman și a sănătății populației. De aceea, ea este denumită și „medicina mediului” sau „ecologie medicală”, de aici rezultînd rolul său deosebit de important în păstrarea și promovarea sănătății prin atenția permanentă pe care o acordă factorilor de mediu — apa, solul, aerul, alimentele — ca

factori activi ai sănătății. Numai un mediu sănătos — și rolul igienei este de a stabili limitele unui mediu sănătos — poate participa activ la menținerea și întărirea sănătății populației.

— **Care sînt urmările utilizării excesive a insecticidelor și a altor substanțe chimice asupra sănătății?**

— Folosirea anumitor substanțe chimice împotriva dăunătorilor agricoli și a vectorilor unor boli transmisibile a adăruit ca o necesitate stringentă. Deși rezultatele obținute prin utilizarea lor au fost spectaculoase, s-au constatat și unele efecte secundare nocive asupra păsărilor, animalelor și chiar asupra oamenilor, deoarece, neavînd o acțiune selectivă pentru anumite grupe de organisme, pot exercita, în anumite condiții, efecte adverse — toxice, alergice, mutagen-cancerigene etc. De aceea, este necesar să fie alese substanțele numai în funcție de scopul urmărit și să fie respectate strict regulile de păstrare, utilizare, pentru că unele substanțe au proprietatea de a rămîne în mediu timp îndelungat sau de a se depozita în organism, de unde pot fi mobilizate uneori în cantitate mai mare. Pentru a preveni aceste efecte se recomandă limitarea folosirii și înlocuirea lor, pe cît posibil, prin combaterea biologică a dăunătorilor, utilizîndu-se „dușmani” naturali ai insectelor, cum este bacilul turingensis împotriva muștelor si-nantropie, măsura ce pare să deschidă perspective utilizării ei eficiente și lipsită de nocivitate. Fără a exclude total folosirea substanțelor chimice, în prezent se studiază efectele lor nocive și se stabilesc instrucțiuni complete de întrebuintare.

— **De cînd trebuie să înceapă, stimate tovarășe profesor dr. Dan Năchescu, educarea individului pentru evitarea factorilor de risc? Cum și cine să facă această educare?**

— Este de dorit ca educația ținînd evitarea factorilor de risc ai sănătății și implementarea unor comportamente sanogene să înceapă cît mai devreme. Cadru familial în care crește și se dezvoltă copilul, impregnat de personalitatea adulților, poate determina coordonatele viitorului comportament cu componente favorabile sau nu sănătății. Exemplul părinților și bunicii de a nu fuma și a nu consuma în mod sistematic alcool, existența unui program comun care să cuprindă practicarea unor forme de mișcare în aer liber (de la plimbarea zilnică în parcuri sau joaca în zonele verzi din perimetrul localității pînă la drumeția montană de la sfîrșitul de săptămînă), precum și antrenarea întregii familii în activități de divertisment specifice sezonului (schi sau patinaj, înot, tenis etc.) au efecte benefice. Atitudinea părinților, primii educatori, își pune amprenta asupra celor mici; dacă s-a putut demonstra că există o strînsă relație între afecțiunile respiratorii la copiii sub vîrsta de doi ani și fumatul părinților (28 la sută dintre aceștia prezintă internări pentru pneumonie și bronșită iar 80 la sută din copiii cu mame fumătoare au diverse tipuri de tulburări funcționale ale respirației), nu s-a putut încă stabili ce proporție de fumători sau de persoane cu comportamente nocive sănătății provine din rîndul celor care au beneficiat de exemplele date de părinți și educatori. În afara familiei, cadrelor didactice și, mai

tirziu, conducătorilor procesului de producție le revine sarcina de a continua activitatea educativ-sanitară, atât prin exemplul personal cit și prin convorbiri în care să asigure protejarea colectivului de riscurile fumatului pasiv, excesului de alcool și ale sedentarismului. Un rol deosebit în educația pentru sănătate revine modelelor pozitive, care se cer difuzate în populație, relevându-se contrastul lor față de modelele negative. Potențialul pe care îl oferă serviciile de sănătate este ilustrat de faptul că anual personalul sanitar se găsește, sub diferite forme, în relații directe cu populația, în cadrul consultațiilor profilactice și curente, ale tratamentelor și al spitalizării. Un sfat educațional vizind inducerea unor comportamente favorabile sănătății își are locul oriunde; de la un examen medical obligatoriu pînă la recomandările făcute cu ocazia externării din spital. Acțiunile de educație pentru sănătate trebuie să vizeze constituirea unei opinii favorabile comportamentelor sanogenetice și combaterii celor defavorabile. Pentru aceasta este necesară asigurarea unui sprijin social larg, inclusiv susținerea prin acțiuni cu caracter legislativ.

Dorim cu toții generații viitoare sănătoase. La aceasta, o contribuție însemnată aduc toți aceia care participă, direct sau indirect, la procesul educațional. De competența și responsabilitatea tuturor depinde formarea deprinderilor tinerelor generații.

La încheierea acestei dezbateri, cu contribuția prestigioșilor invitați ai redacției, se evidențiază pregnant că renunțarea definitivă la fumat și consumul cit mai rar și cit mai moderat de băuturi alcoolice nu trebuie considerate severe interdicții medicale menite să ducă la pierderea unor „satisfacții tradiționale”, ci singurele modalități de a se menține și prelungi cu certitudine sănătatea individuală și colectivă. Totodată, evitarea sedentarismului prin promovarea mișcării, a gimnasticii și sporturilor, ca și combaterea poluării mediului ambiant sînt îndatoriri firești omului contemporan, prin respectarea lor contribuind la realizarea aceluiași scop.

Dar abordarea factorilor de risc evidențiază în egală măsură creșterea evidentă a rolului fiecărui om în ocrotirea propriei sănătăți, al factorilor de răspundere și al întregii populații, rol ce poate spori printr-o activitate educativ-sanitară desfășurată de organizațiile de Cruce Roșie, de femei și de tineret. Cu aceeași grijă cu care omul contemporan face anual propriului autoturism verificarea tehnică, are datoria să se preocupe de controlul inimii, de cunoașterea valorilor tensiunii arteriale, ale colesterolului sanguin sau ale glicemiei, precum și de creșterea, peste limitele normale, a greutateii corporale.

Rezultatele acestei griji, permanente dar neexagerate, vor fi înregistrate cu satisfacție de fiecare, prin randamentul sporit în activitate și prin menținerea sănătății pînă la vîrste înaintate.

Nicolae TURTURESCU

DE CE NU PLÎNG BĂRBAȚII?

Cu mult timp în urmă erau filme, melodrame, la care foloseai două, trei și chiar patru batiste. Un moment important era secvența în care i se spunea eroinei în lacrimi: „Plîngi, dragă, îți va face bine!” Spectatorii, mai ales femeile, au plîns.

Bărbații însă nu numai că plîng mai rar decît femeile, dar o și fac oarecum altfel. Conform unui studiu efectuat pe circa 300 de adulți, publicat recent în Integrative Psychiatry, bărbații plîng cam o dată pe lună, iar femeile plîng de cinci ori mai frecvent. Lacrimile bărbaților de obicei li se adună în ochi, dar, spre deosebire de ale femeilor, nu curg. Bărbații, cel mai adesea, nu au senzația de nod în gît pe care o au multe femei. În schimb, ei afirmă că pot să se abțină în mod voit de a plînge.

Biochimistul William Frey, de la Centrul Medical St. Paul Ramsey din Minnesota, conducătorul studiului, afirmă că unul din motivele pentru care bărbații plîng mai puțin este că ei își rețin lacrimile chiar atunci cînd vor să plîngă. El mai este de asemenea de părere că plînsul eliberează niște substanțe chimice încă neidentificate pînă în prezent, care se acumulează în organism în timpul perioadelor de stres. De aceea, reținîndu-și lacrimile, bărbații s-ar putea să-și influențeze în mod negativ sănătatea. Este cunoscut faptul că în rîndul bărbaților incidența bolilor datorate stresului, ca de exemplu ulcerul, este mult mai ridicată. Deși legătura dintre lacrimi și boală nu este ferm stabilită, Frey afirmă că „s-ar putea să nu fie înțelept să ne suprimăm impulsul natural de a plînge”.

Acum, în sfîrșit, sînt clare motivele pentru care vedem în jurul nostru mai multe femei în vîrstă decît bărbați cu părul alb.

Descoperirea lui Frey provoacă și alte speculații: oare cum ar fi fost viața americanilor dacă acum 40 de ani, în westernuri i s-ar fi spus regretatului actor John Wayne, în momentele grele: „Lasă pistolul și plîngi, dragă; îți va face bine!”?

L.H.

PANZCEBIL

Acțiune terapeutică: Medicamentul favorizează digestia proteinelor, glucidelor și lipidelor prin aport de enzime pancreatice, hemiceluloză și săruri biliare, fiind eficace în tratamentul tulburărilor digestive prin insuficiența enzimatică și biliară.

Indicații: Afecțiuni datorate insuficienței secreției a glandelor digestive, în special a pancreasului (pancreatită cronică, colopatii funcționale, enterită cronică, dispepsie de fermentație și putrefacție, meteorism); sindrom diareic prin disbioză; tratamentul postoperator în intervenții chirurgicale pe intestin și căi biliare.

Contraindicații: Leziuni hepatice grave cu hiperbilirubinemie marcată, obstrucție biliară și enzime al vezicii biliare.

Efecte adverse: Nu s-au semnalat.

Mod de administrare: La indicația medicului, după masă, fără a sfărâma drajeurile.

Prezentare: În flacoane conținând 25 de drajeuri.

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm”-București.



25 drajeuri

PANZCEBIL

GASTROZEPIN

Acțiune terapeutică: Medicamentul blochează receptorii de acetilcolină ai celulelor parietale ale stomacului, acționând ca un inhibitor al secreției acide gastrice. El prezintă o accentuată selectivitate de organ; manifestă o afinitate mare pentru receptorii muscarinici, în special la nivelul glandelor exogene. Sistemul său de legare de receptori are caracteristici particulare, deosebite de cele ale agenților anticolinergici de tipul atropinei.

Interacțiuni cu alte medicamente: Reduce stimularea secreției gastrice datorită unor medicamente și alimente (alcool, cafea etc.).

Tratamentul simultan cu Gastrozepin și agenți blocați de receptori H_2 determină reducerea mai pronunțată a secreției acide gastrice (fapt deosebit de important pentru bolnavii cu sindrom Zollinger-Ellison). Asocierea cu medicamente antiinflamatoare favorizează toleranța acestora în tractul digestiv fără a le diminua efectul terapeutic.

Indicații: Hiperaciditate gastrică, ulcer gastric și duodenal.

Contraindicații: În primul trimestru de sarcină (deși s-a demonstrat că produsul nu este teratogen chiar în doze ridicate).

Reacții adverse: Uneori, senzație de uscăre a gurii, tulburări de acomodare, scaune diareice.

Efecte secundare: Poate crește, uneori, pofta de mâncare. În doze deosebit de mari, mai ales la începutul tratamentului, pot apare senzația de uscăre a gurii și perturbații ușoare ale văzului de aproape.

Mod de administrare: După recomandarea medicului specialist.

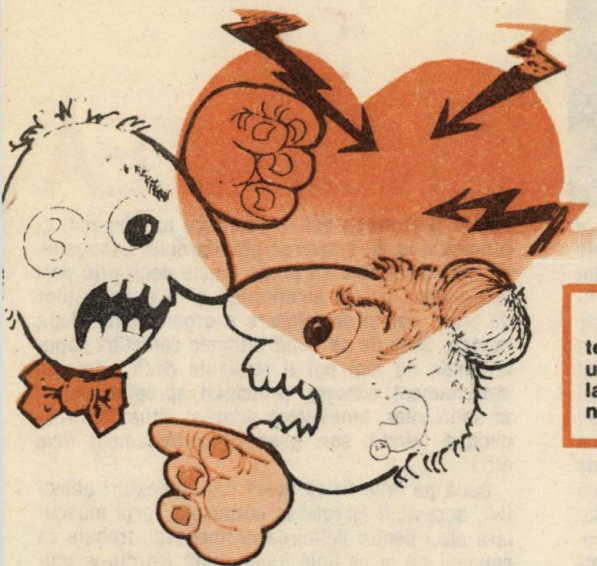
Mod de prezentare: Cutii cu 50 de tablete.

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm”-București, România, în colaborare cu „Boehringer Ingelheim — International GmbH — Ingelheim am Rhein, R.F. Germania.

Gastrozepin

Gastrozepin®
25 mg

50 tablete



SÎNTEȚI UN OM

La fiecare „da” la întrebările de la punctele 1, 5, 8, 9, 11, 12, 13 și 14 calculați câte un punct și la fiecare „nu” la întrebările de la punctele 2, 3, 4, 6, 7, 10 și 15, de asemenea, câte un punct.

CALM?

1. Dacă îi explicați cuiva un lucru și acesta nu înțelege, reluați explicația de la început?

2. Vreți să cumpărați ceva, dar la intrarea în magazin observați un rind mai mare de cumpărători. Renunțați să mai cumpărați?

3. Vi se întâmplă ca în noaptea dinaintea unei zile care pentru dv. este foarte importantă să nu puteți dormi?

4. Din cutia de scrisori ridicați o scrisoare importantă. O citiți în ascensor?

5. Ați economisit ceva bani pentru achiziționarea unui lucru la care de multă vreme vă gândiți și aflați apoi că peste o jumătate de an ar putea fi procurat la un preț mai mic. Așteptați încă o jumătate de an?

6. Vă enervează faptul că în fața unui cabinet medical trebuie să așteptați un timp mai lung până ce vă va veni rindul?

7. Vă enervați dacă nu reușiți să realizați cubul Rubik?

8. Ați convenit să vă întâlniți cu un prieten. Așteptați mai mult de o jumătate de oră?

9. Aveți vreo pasiune care necesită o bună doză de răbdare? (pescuit, brodat etc.)

10. Vi se pare că cei din jurul dv. lucrează foarte încet și neîndemânatic?

11. Cind una dintre cunoștințele dv. vorbește despre un lucru puțin interesant, o ascultați până la sfârșit sau o întrerupeți?

12. Puteți să răbdați dacă cineva intră în rind înaintea dv.?

13. Cînd la televizor imaginea începe să se tulbure, așteptați pînă se reglează fără să interveniți?

14. Stați în fața unei cabine telefonice. Cineva vorbește de zece minute și nu pare că ar vrea să termine. Așteptați în continuare?

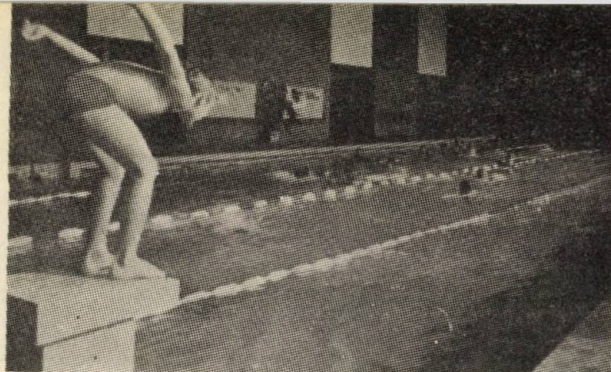
15. Ați citit rezultatul acestui test înainte de a începe să răspundeți?

Răspunsuri:

12-15 puncte – Răbdarea dv. este de admirat. Dar atenție, căci fiecare exagerare este dăunătoare. Reflectați dacă nu cumva sînteți puțin flegmatic. Poate ați avea nevoie de puțin mai multă energie!

11-5 puncte – Vă felicităm! Aveți tocmai atîta răbdare cît este necesar. Puteți fi dat drept exemplu.

Mai puțin de 4 puncte – Sînteți un om fără răbdare. Dacă nu vreți să mai reflectați, în scurt timp veți deveni un tip extrem de nervos, un nesociabil. Acest lucru nu numai că va avea o influență negativă în ce privește sănătatea dv., dar vă va face foarte puțin agreabil celor din jurul dv. – familie și prieteni!



SPORTUL ȘI SĂNĂTATEA

Relația sport-sănătate cunoaște azi valențe neobișnuite față de ultimele decenii. Progresele realizate în științele biologice s-au revărsat din plin asupra sportului, acest vast laborator de fiziologie umană, de unde azi se răsfrîng o serie de concluzii cu valoare aplicativă în ocrotirea sănătății. Însăși noțiunea de sănătate a evoluat semnificativ, iar știința sportului, și în primul rînd medicina sportivă, a dat noi dimensiuni acestei noțiuni, dimensiuni ce tind să se aplice la sănătatea individuală. Astfel, la sportivii de performanță o bună sănătate implică nu numai integritatea anatomică și funcțională a fizicului și psihicului, dar și o stare funcțională economică (în repaus și efort), o capacitate de efort corespunzătoare, o capacitate de refacere după efort bună, un echilibru neuro-vegetativ, o motivație și un tonus general adecvate. Or, sănătatea constituie factorul principal în selecția sportivă, factorul principal în performanța sportivă. Iată deci cum sportul influențează direct starea de sănătate, aceasta, la rîndul ei, condiționînd nivelul performanțelor sportive. Dacă așa stau lucrurile la sportivi, aceasta fiind o realitate, să vedem în ce măsură aceste teze noi privind sănătatea își pot găsi aplicația în strategia ocrotirii sănătății populației. Medicina sportivă, clinica omului sănătos, valorifică azi concluziile terenu-lui, ale vieții în organizarea luptei pentru creșterea calității vieții, pentru longevitate și bunăstare fizică și mintală, individuală și colectivă.

Este bine să considerăm sănătos un individ tî-năr, fără semne de boală, dar cu un exces ponderal de cîteva kilograme, cu o capacitate de efort redusă (gîfii la cel mai mic efort fizic), cu o capacitate de refacere naturală neeconomică, deci nu-și reface forțele pînă a doua zi? În actualul concept despre sănătate, despre relația sport-sănătate, cu siguranță răspunsul este negativ! Or, dacă sportul s-a implementat atît de profund în viața omului modern, atît de expus stresului, în definirea noțiunii de sănătate etc., să vedem în mod practic în ce măsură își poate exercita rolul său sanogenetic, preventiv, corectiv sau terapeutic-recuperator. Așa cum spunem, pînă acum cîțiva ani se vorbea de necesitatea practicării zilnice a 1-2 ore de activități sportive în scopul prevenirii unor imbolnăviri (în special a celor generate de societatea modernă: stres, sedentarism, suprapondere corporală), deci a păstrării sănătății; astăzi însă strategiile mondiale în materie de sănătate urmăresc nu

numai prevenirea bolilor, concept azi depășit, ci promovarea ei, creșterea standardului sanogenetic, standard care nu poate crește decît prin perfecționarea fizică, funcțională și a capacităților de efort, dar și de refacere a organismului după muncă, atribute ce după ultimele cercetări populaționale nu mai pot fi realizate decît printr-un antrenament adecvat, principal apropiat de cel al sportivilor, bineînțeles adaptat situațiilor respective (vîrstă, sex, grad de antrenament fizic etc.).

Dacă pe linie fizică avem unii indicatori obiectivi, accesibili (greutatea corporală, forța musculară etc.) pentru definirea normalității, trebuie să spunem că și pe linie funcțională (cardio-vasculară, respiratorie etc.) și a fitnessului (capacități de efort fizic) avem posibilitatea să ne măsurăm aceste componente ale sănătății, care se perfecționează nemijlocit sub incidența activităților sportive practicate sistematic. Deci creșterea sănătății prin creșterea capacității de efort! Iată o cale de-a ne îmbunătăți sănătatea prin sport și de a ne măsura această ameliorare. Un indice simplu de calculat permite fiecăruia dintre noi să ne urmărim creșterea gradului de antrenament cardio-vascular și a capacității fizice de efort. Este vorba de indicele Ruffier, care se calculează

$$\text{astfel: } \frac{(P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10}$$

P_1 = pulsul măsurat pe 15" și înmulțit cu 4, subiectul stînd în poziție așezat pe un scaun; P_2 = pulsul măsurat pe 15" și înmulțit cu 4 după ce subiectul a efectuat 30 de genuflexiuni în 45" și s-a așezat din nou pe un scaun, deci în secundele G-15 după acest efort; P_3 = pulsul măsurat pe 15" și înmulțit cu 4, tot în poziție șezînd pe un scaun, în secundele 45-60 imediat efortului fizic efectuat (30 de genuflexiuni); deci avem un puls de repaus (P_1), un puls de efort (P_2) și un puls de refacere (P_3). Interpretarea valorilor obținute este următoarea: valori între minus și 0 (deci mai mici de 0) înseamnă o capacitate de efort fizic foarte bună; între 0 și 5 bună; între 5 și 10 medie; între 10 și 15 satisfăcătoare; valori peste 15 înseamnă nesatisfăcătoare, impunînd examinări suplimentare de specialitate, îndeosebi pe linie cardio-vasculară. Acest test este bine să fie efectuat săptămînal și se înscrie pe un grafic unde notăm și greutatea corporală, avînd astfel evoluția dinamică atît a capacității de efort fizic cît și a curbei ponderale.

În rindurile de mai sus s-a vorbit și despre o altă calitate ce poate reflecta starea bună de sănătate, atât la sportivi cît și la omul obișnuit, anume capacitatea de refacere după muncă (fizică sau intelectuală). În medicina muncii, în fiziologie etc. s-au propus și utilizat numeroase teste care pot da relații asupra capacității de refacere a organismului după munca profesională sau la sportivi după antrenamente și concursuri. În ultimii ani specialistul român dr. Ioan Dorgo din Tg. Mureș a aplicat cu succes un nou indice de refacere la sportivi, iar la cel de-al XXII-lea Congres mondial de medicină sportivă, Brisbane, 20-26 septembrie 1986, a comunicat rezultatele obținute prin aplicarea acestui indicator pe mii de cazuri, la sportivi. Este vorba de un indice asemănător celui descris mai sus (Ruffier), numit și indicele celor 4 pulsuri, el calculându-se astfel:

$$\frac{(P_1 + P_2 + P_3 + P_4) - 300}{10}$$

P_1 = valoarea pulsului pe 1' înainte de efort; P_2 = valoarea pulsului pe 1', în primul minut după încetarea efortului; P_3 = valoarea pulsului pe 1', în minutul 3 după încetarea efortului și P_4 = valoarea pulsului pe 1', în minutul 5 după încetarea efortului. Interpretarea valorilor obținute este următoarea: valori între minus 10 și minus 5 = capacitate de refacere foarte bună; între minus 5 și 0 = capacitate de refacere bună; între 0 și 5 = capacitate de refacere medie; între 5 și 10 = capacitate de refacere satisfăcătoare; valori mai mari de 10 = capacitate de refacere nesatisfăcătoare, reclamînd investigații suplimentare, în special a aparatului cardio-vascular. Iată deci o altă cale de apreciere a sănătății, aceea a capacității de refacere naturală, care prin supracompensare poate duce la ridicarea standardului sanogenetic. Se știe azi că în procesul muncii profesionale cît și la sportivi refacerea intraefort (gimnastica în producție) și/sau după efort reprezintă căi nu numai de compensare și de corectare a urmărilor structurale și funcționale induse de efortul fizic și psihic (munca profesională), ci însăși posibilități de optimizare a sănătății prin prevenirea oboselii, suprasolicitării, accidentelor sau îmbolnăvirilor ce pot apărea în legătură cu activitatea profesională.

La sportivi, la performeri refacerea a căpătat valențe deosebite; nu este nici o exagerare cînd se afirmă uneori că unii sportivi, în anumite momente, pregătesc marile performanțe prin accentuarea antrenamentelor de refacere, căci este bine de știut că refacerea, fiind o componentă a antrenamentului, se antrenează și se perfecționează ca și acesta. Dar și la nesportivi refacerea, aplicînd modelul sportiv, constituie nu numai o sursă de randament crescut în muncă, ci și de profilaxie a suprasolicitărilor și oboselii, a îmbolnăvirilor și accidentelor de muncă, în final de creștere a sănătății.

Conf. dr. Ioan DRĂGAN
I.M.F. București, Disciplina medicină sportivă

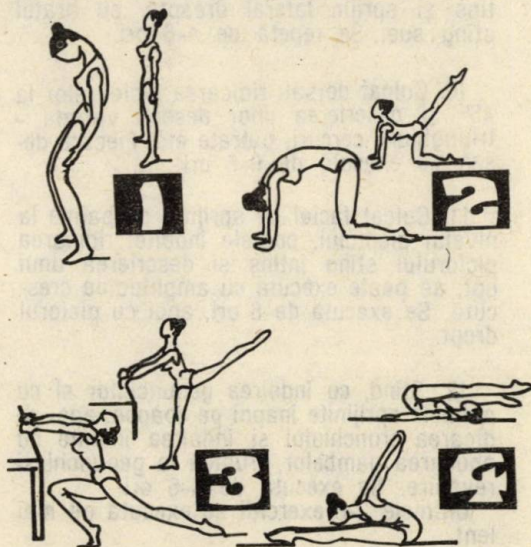
GIMNASTICA - ANTIDOTUL SEDENTARISMULUI

Una dintre caracteristicile vieții moderne, cu implicații multiple și profunde în declanșarea multor procese patologice, este sedentarismul. Specific muncii de birou, dar din ce în ce mai mult infiltrat și în activitățile uzinale, în special în ramurile de vîrf ale acesteia, sedentarismul stă la originea bolilor vasculare și circulatorii, de metabolism și a deformațiilor osteoarticulare. Pentru combaterea efectelor sale, Consiliul Național pentru Educație Fizică și Sport vă propune următorul complex de gimnastică zilnică:

1. Stînd depărtat: rotunjirea coloanei prin „înfundare” bruscă a toracelui în partea superioară, simultan cu îndoirea capului înainte și ușor a genunchilor; redresarea energetică a întregului corp. Se repetă de 8-10 ori.

2. Sprijin pe genunchi și pe palme: rotunjirea spatelui ca și la exercițiul anterior, bărbia în piept; redresarea trunchiului odată cu balansarea piciorului stîng întins înapoi. Se repetă alternativ de 16 ori.

3. Stînd cu fața la masă, de margine apucat: fandare înainte pe piciorul drept, trunchiul ușor extins; ridicarea și balansarea piciorului stîng întins înapoi, apoi revenire. Se repetă alternativ de 8 ori.



4. Așezat: îndoirea amplă a trunchiului înainte; rulare în culcat cu picioarele peste cap și forfecarea picioarelor; brațele pe lângă corp cu palmele pe sol. Se repetă de 4-6 ori.

5. Așezat pe scaun cu o carte ținută între glezne, scaunul apucat din lateral: îndoirea și întinderea lentă a picioarelor; Se repetă de 6-8 ori.

6. Stînd lateral cu piciorul drept îndoit pe scaun, brațul drept de spetează apucat, celălalt braț pe șold: ridicare în stînd pe scaun pe piciorul drept, concomitent cu ridicarea piciorului stîng lateral, brațul stîng lateral. Se repetă de 8 ori. Apoi se execută pe partea opusă.

7. Așezat depărtat cu piciorul drept îndoit: îndoirea trunchiului înainte și răsucirea la stînga cu ducerea brațului drept cu arcuri la piciorul opus, brațul stîng oblic înainte; se execută alternativ cu ridicarea trunchiului la verticală. Se repetă de 6-8 ori.

8. Culcat dorsal cu genunchii îndoți: ridicarea bazinului odată cu balansarea piciorului drept înainte și revenire. Se execută de 8 ori, apoi se repetă cu piciorul stîng.

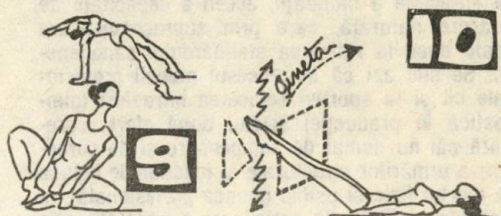
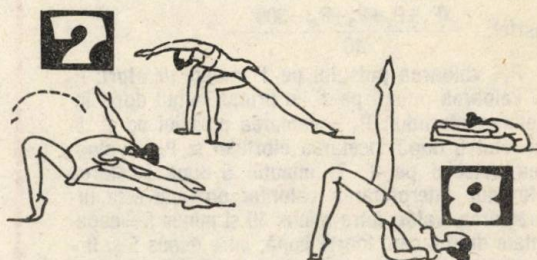
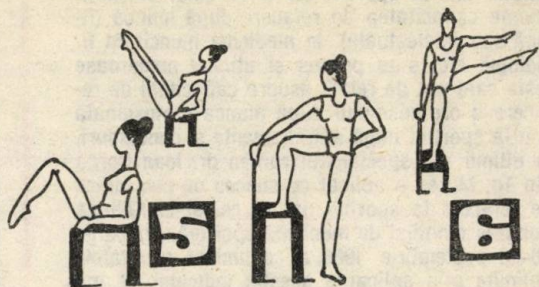
9. Așezat pe genunchii mult îndoți, tălpile apropiate, de glezne apucat: legănare stînga-dreapta în șezînd de patru ori; apoi depărtarea și întinderea picioarelor simultan cu ridicarea bazinului cu trunchiul întins și sprijin lateral dreapta, cu brațul stîng sus. Se repetă de 4-6 ori.

10. Culcat dorsal: ridicarea picioarelor la 45° și descrierea unor desene variate - triunghiuri, cercuri, pătrate etc. Fiecare desen se execută de 6-8 ori.

11. Culcat facial cu sprijinit pe palme la nivelul pieptului, coatele îndoite: ridicarea piciorului stîng întins și descrierea unui opt; se poate executa cu amplitudine crescută. Se execută de 8 ori, apoi cu piciorul drept.

12. Stînd, cu îndoirea genunchilor și cu palmele sprijinite înapoi pe coapse: apoi ridicarea trunchiului și îndoirea înainte cu apucarea gambelor, fruntea la genunchi și revenire. Se execută de 4-6 ori.

Ultimele 2-3 exerciții se execută cît mai lent.





Dintotdeauna asociem chipului femeii tot ce este mai luminos, mai curat, mai frumos, mai înălțător. Legăm de ea gindurile, visurile, speranțele noastre. Alături de ea simțim mai buni, mai curajoși, mai puternici.

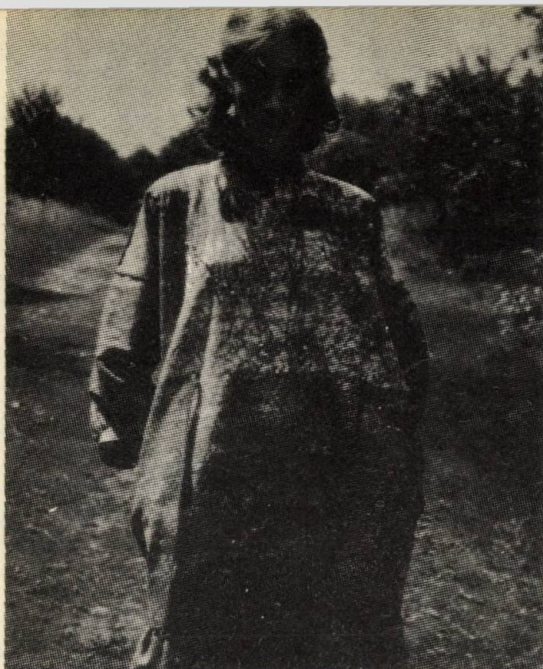
Ea, femeia, dă înțeles și justificare întregii lumi. Ea aprinde flacăra iubirii, o menține mereu trează prin viața ce o poartă și o ocrotește 280 de zile și nopți, dînd lumii cel mai minunat dar.

Născătoare de viață și iubire, ea, femeia, este lumină și liniște și frumusețe și statornicie pe drumul sublim al familiei, pecetluită cu dăruire prin copii.

Prinos deci de recunoștință și respect vouă, mamelor, surse de lumină și nesecate inspirații, vouă, ce dați viață fără sfîrșit și tinerețe fără bătrînețe acestui popor spre dănuirea patriei.



femina



ESTE POSIBILĂ NAȘTEREA PE CALE NATURALĂ DUPĂ CEZARIANĂ

Interviu cu dr. Ion MUNTEANU, șeful disciplinei de obstetrică-ginecologie a Institutului de medicină din Timișoara și șeful clinicii de profil a Spitalului județean Timiș

— Simptomele mari în ginecologie sînt durerea, leucoreea și hemoragia genitală sau sîngerarea uterină în afara menstruației. Vă propunem, tovarășe dr. Ion Munteanu, să vă opriți asupra semnificației lor.

— Durerea are semnificații în procesele acute genitale și în cele inflamatorii. Ea se poate însoți de febră, hemoragie și leucoree, situații în care trebuie neapărat să se apeleze la specialist. În tumorile maligne durerea indică un proces avansat, în fazele terminale. Țin să subliniez că durerea nu trebuie să se asocieze sarcinii, fiind deci un semnal care să îndrepte gravida spre medic. În ce privește leucoreea, cea patologică deranjează, fiind însoțită de prurit, usturime, situație ce se cere investigată prin examen de specialitate și microscopic pe lamă, putînd da la iveală infecții specifice ginecologice sau asocierea lor. Uneori, leucoreea este primul simptom al cancerului genital; cînd se observă o leucoree sanguinolentă mirositoare, femeia trebuie să se adreseze medicului, vindecarea fiind posibilă în proporție de 100 la sută. Din practica noastră constatăm că hemoragia este simptomul care sperie cel mai mult, determinînd femeia să apeleze la medic. Există o hemoragie „de chenzină”, care însoțește ovulația la mijlocul ciclului, fără semnificație patologică. Hemoragia se diferențiază de ciclul menstrual normal sau de menstruația abundentă, femeia trebuind să remarce cantitatea și durata. Astfel, hemoragia poate sugera un dezechilibru hormonal, o inflamație a aparatului genital, o sarcină ectopică, o patologie abortivă, tumori benigne (în special fibrom uterin), maligne (cancer de col și corp uterin), sau ca o manifestare simptomatică a unor boli generale (anemii), vasculare (hipertensiune arterială) și boli hepatice.

— Urgențele, atît ginecologice cît și obstetricale, ocupă un loc destul de mare.

— Inflamațiile acute (anexite, metrite), peritonitele de cauze ginecologice și hemoragiile genitale (tumorale, fibroame, cancer) constituie urgențe ginecologice. Avortul, sarcina extrauterină, placenta praevia, disgravidiile tardive, ruptura uterină reprezintă urgențe obstetricale. Profilaxia avortului se realizează prin consultații prenatale și, unde e cazul, prin tratarea afecțiunilor ginecologice. Pentru a nu se ajunge la sarcină extrauterină se impune evitarea avortului, tratamentul inflamațiilor anexiale (tubare). În cazul disgravidiilor tardive, controlul medical sistematic, lunar, bilunar și săptămînal în ultima lună de sarcină este foarte important. De asemenea, pentru a evita ruptura uterină, în cazul grăvidelor cu cicatrice uterine — în special după cezariană — este necesară urmărirea medicală deosebită, la fel în cazul grăvidelor cu prezența patologiilor (așezare transversală, pelvină).

— Care este inamicul nr. 1 pentru funcția de reproducere a femeii? Ce depinde de ea ca să nu ajungă o invalidă?

— Avortul, și în special cel provocat, manevrele abortive empirice pun în pericol viața femeii, iar în cel mai fericit caz aceasta rămîne cu sechele pe toată viața, datorită complicațiilor lor la rinichi, ficat, cord. Din aceeași cauză se instalează sterilitatea pasageră sau definitivă; apar sechele tardive (anexite, metrite, parametrite) și disfuncții ale aparatului genital: dezordini menstruale, tulburări sexuale și de comportament.

— Cu ce patologii vă confrunțați mai frecvent?

— Boala abortivă, care cere eforturi pentru depistarea și urmărirea medicală a grăvidelor; urmează apoi patologia tumorală (fibroame, chisturi, cancer, sterilitate-infertilitate).

— Cu 15 ani în urmă ați inițiat la Timișoara Centrul de combatere a sterilității și infertilității.

ții, obținând, din cîte cunoaștem, rezultate deosebite: soluționarea unui număr de aproape 3 000 de cazuri de mare dificultate, fiind cunoscut ca specialist în microchirurgia sterilității feminine.

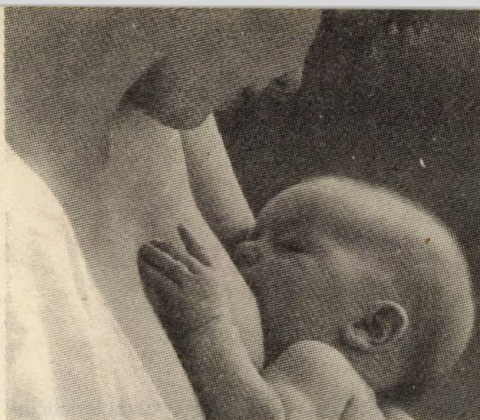
— Anual se prezintă în jur de 300 de cupluri cu probleme de sterilitate sau infertilitate. 60 la sută sînt de cauză feminină. Dintre acestea, 150 urmează tratamentul, care este de lungă durată (între 1 și 3 ani). În 20—30 la sută din cazuri obținem rezultate bune. Țin să subliniez că femeia sterilă nu este o femeie bolnavă și e bine să știe că, dacă are o infecție sau este înaintea menstruației, nu trebuie să se supună unor investigații ca histosalpingografie sau instilație tubară. Remarc acest lucru pentru că nerăbdarea pacienței determină uneori pe medic să se grăbească. Or, o investigație se face în timp, cronologic, sistematic și respectînd niște parametri fiziologici. Numai așa microchirurgia sterilității feminine poate obține rezultatele scontate.

— Cercetările și studiile dv., însumînd mulți ani de neodihnă, au permis modificarea și perfecționarea tehnicii chirurgicale pe care ați introdus-o în clinică în urmă cu peste un deceniu. Ați obținut astfel o performanță chirurgicală, în premieră pe țară, privind tehnica suturii uterului după cezariană, încît să permită nașteri naturale ulterioare.

— M-a preocupat găsirea unei tehnici operatorii care să poată îmbunătăți cît mai substanțial rezultatele morfofuncționale dorite prin eliminarea unor factori generatori de cicatrice vicioasă. Am pornit de la problemele controversate ale nașterii naturale după cezariană — cea mai spectaculoasă intervenție obstetricală —, urmărind rezolvarea cît mai echitabilă a acestei intervenții în interesul atît al mamei, cît și al fătului, viitorul obstetrical al femeii cezariate, precum și alegerea și folosirea tehnicii pentru o cît mai integrală conservare a fertilității și a posibilității nașterii pe cale naturală, cu ocazia unei noi sarcini. Rezultatele clinice și morfofuncționale au confirmat în timp corectitudinea principiilor noii tehnici a suturii neischemiante într-un singur plan extramucos: investigarea radiologică a uterului cezariat suspect de vindecarea vicioasă; evidența pe bază de fișă specială a gravidei purtătoare de cicatrice uterină, încadrată în grupul gravidei cu risc; necesitatea tentării nașterii pe cale naturală, după cezariană, într-o unitate medicală specializată, evitînd astfel complicația cea mai de temut — ruptura uterină.

— Lucrarea „Uterul cicatriceal după cezariană”, autor dr. Ion Munteanu, apărută în Editația „Facia”, contribuie la studiul vindecării morfofuncționale a plăgii de histerectomie pe o cazuistică bogată și după tehnici unanim folosite în clinică, a fost distinsă de Academia R.S. România cu Premiul „Gheorghe Marinescu” pe 1985. Cartea înglobează în paginile ei muncă fără pauze, zile și nopți de cercetare cu migală, pasiune pentru nobila profesie de medic, grijă pentru sănătatea femeii, pentru menirea ei biosocială.

Valeria CHILĂU



LAPTELE MATERN

Laptele matern are un rol hotărîtor în asigurarea creșterii armonioase a nou-născutului, în prevenirea tuturor îmbolnăvirilor, în profilaxia rahitismului. Totodată, laptele matern, care este cea mai la îndemînă și cea mai bună formă de alimentație, influențează pozitiv și organismul mamei, creîndu-i acesteia și o stare de satisfacție, care contribuie la cimentarea legăturilor dintre ea și propriul ei copil.

Superioritatea laptelui matern constă în calitățile sale de ordin cantitativ (conținut crescut în lactoză, cantitate apreciabilă de vitamine, mai ales A, E și C), dar și calitativ (proteine cu conținut mare de albumină, picături de grăsime mult mai mici și mai ușor digerabile, bogăție în fier).

Toate aceste caracteristici trebuie să le determine pe mame să-și alăpteze copilul cît mai lung timp, dar mai ales în primele luni de viață, perioadă în care să renunțe complet la fumat și alcool, la abuzul de cafea și de medicamente, întrucît tutunul, alcoolul, cafeaua și medicamentele influențează negativ calitatea și chiar cantitatea laptelui matern, fenomen care își răstrînge acțiunea negativă asupra dezvoltării normale a copilului. De exemplu, în cursul alăptării mama fumătoare își poate intoxica copilul prin intermediul laptelui, datorită componentelor toxice ale tutunului pătrunse în acesta. Multe mame, deși renunță la fumat în timpul sarcinii, își reiau acest obicei imediat după naștere, motivînd că au luat toate precauțiunile pentru a feri copilul de efectele tutunului. După băiță, alăptare sau joacă, mama se retrage într-o altă cameră și liniștită trage din țigară, introducînd astfel în propriul organism noxele tutunului, care prin alăptare vor trece și în organismul propriului copil. Literatura de specialitate citează otrăvirea unui nou-născut în etate de 6 săptămîni prin alăptare de către mama sa care fuma 20 de țigarete pe zi. Chiar și în cazurile în care sugarul beneficiază de camera sa bine aerisită și în care nu se fumează, el este expus toxicelor din tutun dacă

(continuare în pag. 68)

Dr. Liviu POPA Institutul de medicină legală din Cluj-Napoca

ALCOOLUL ȘI FEMEILE

Din moment ce una dintre caracteristicile epocii moderne ține și de apetitul din ce în ce mai frecvent al femeilor pentru alcool, de ce să ne mai surprindă faptul că alcoolismul a devenit o realitate concretă și în acest perimetru de viață? Și, într-adevăr, lucrurile așa stau. Riguroase statistici efectuate în ultimii ani în S.U.A. ne evidențiază faptul că în această țară peste 5 milioane de femei sint etichetate ca fiind alcoolice deja, în vreme ce alte circa 10 milioane „aspiră” spre această periculoasă realitate sau, mai bine-zis, sint pe cale de alcoolizare. Într-un număr al revistei „Santé du Monde” din anul 1981 se specifică chiar de către autoarea unui documentat articol că în țările dezvoltate 15 la sută din totalitatea femeilor sint deja dependente de acest drog. Ceea ce, de asemenea, trebuie reținut, a propos de această realitate, este că alcoolismul îmbracă caracteristici întru totul proprii în perimetrul sexului feminin.

Astfel, profesorul J. Barrucand, de la Serviciul de alcoologie din Nancy—Franța, susține că există o netă inegalitate biologică pe linie de alcool la cele două sexe. Astfel, femeile înregistrează mult mai multe consecințe nefaste și complicații în fața agresiunii alcoolice în comparație cu bărbații, chiar atunci cînd e vorba de ingerarea unor doze mici, luate însă sistematic. Dacă riscurile femeilor alcoolice de a contracta o steatoză hepatică sau o pancreatită sint totuși mai mici decît ale bărbaților, aceleași riscuri în ceea ce privește anemia, polinevritele, ca și atingerile cerebrale sint incomparabil mai mari. Dacă ar fi ca să schițăm principalele caracteristici ale alcoolismului la femei, acestea ar fi cam următoarele:

- Femeile, exact ca și bărbații, prind gustul băutului o dată cu „exercițiul” reprezentat de diversele evenimente familiale sau sociale (aniversări, întruniri prietenești, diverse evenimente etc.). Numai că ele descoperă efectul dezinhibant și tranchilizant al alcoolului mult mai repede, și asta probabil din cauza organismului lor, structural mai sensibil și mai receptiv în toate domeniile.

- O altă caracteristică ține de faptul că, societatea fiind incomparabil mai severă față de femeile alcoolice decît față de bărbații alcoolici, ele sint obligate să bea pe ascuns. („Personne n'aime à penser que la main qui berce le nouveau-né, pourrait trembler”, adică nimeni nu dorește să se gîndească că mîna care leagănă pe nou-născut ar putea să tremure, spune în acest sens Eva Zabolai-Czekme, directoarea Biroului condiției femeii dintr-un important organism cu caracter internațional).

Pentru motivele enumerate mai sus, femeia alcoolică se dezinserează treptat de societate, motiv pentru care locurile obișnuite de consum a alcoolului (bufetul, cîrciuma, barul sau restaurantul) se identifică cel mai adesea cu propria bucătărie sau cu propriul dormitor, unde acestea își camuflează sticlele. Din cauza severului afront cu care sint confruntate pe plan social, femeile alcoolice afixează un firesc sentiment de culpabilitate, care practic nu există la bărbați. A nu se uita, apoi, că femeile beau de regulă acasă pentru că acolo este locul lor obișnuit de muncă, asta cel puțin în țările din aria capitalismului, ceea ce, în mod firesc, generează un sentiment cronic de frustrare. A nu se uita, de asemenea, că bucătăria și gospodăria în general nu reprezintă locuri ideale de relaxare, și acest fapt contribuie în multe cazuri la apelul la alcool.

Dacă ar fi ca, în continuare, să schițăm și principalele motivații ale alcoolismului la femei, acestea ar fi cam următoarele: divorțul, viața conjugală nesatisfăcătoare, frustrațiile afective de tot felul, celibatul, lipsa de protecție și de securitate din partea partenerului de viață, singurătatea, afrontul și umilinta profesională (situație proprie țărilor capitaliste, unde la funcții egale femeile sint considerate din principiu ca fiind inferioare bărbaților), un stres durabil, ca și un naufragiu afectiv.

O altă caracteristică ce revine alcoolismului feminin ține de faptul că familia are incomparabil mai multe șanse de a se destrăma atunci cînd femeia este alcoolică, decît cînd bărbatul este alcoolic. Cu alte cuvinte, o soție suportă cu mult mai mult stoicism realitatea unui partener alcoolic decît invers. Statisticile ne demonstrează din acest punct de vedere că, în vreme ce nouă femei din zece rămîn pe lîngă bărbații lor în situația că aceștia sint afectați de alcoolism, nouă bărbați din zece își părăsesc partenerele în situații întru totul asemănătoare.

Drama alcoolismului feminin mai are și alte consecințe. Astfel, este demonstrat că această dramă se repercutează nu numai asupra copiilor pe care acestea îi cresc, ci și asupra acestora care se vor naște. Într-adevăr, femeilor alcoolice le sint proprii nașteri premature, copii cu anomalii congenitale, copii cu întîrzieri în creștere etc. Pe de altă parte, femeile alcoolice sint incomparabil mai frecvent sterile decît cele normale. Așadar, pentru o mie și una de motive trebuie să luptăm pe toate căile împotriva imixtiunii alcoolului în delicata și sensibilă biologie feminină.

Dr. Arcadie PERCEK



SĂNĂTATEA LA GENUL FEMININ

Lumea în care trăim este o lume în mișcare, în schimbare, o lume dinamică în toate registrele vieții. Ultimele decenii au schimbat din temelii felul de a munci al oamenilor, felul lor de a trăi, precum și mentalitățile și chiar starea lor de sănătate.

Marile maladii, numite de unii maladii ale civilizației - bolile cardiovasculare, boala cancer, bolile endocrino-metabolice - continuă să ocupe, prin răspindirea lor în cele mai multe grupe de populație, un loc rezervat până nu demult bolilor infecto-contagioase -, tuberculozei, poliomielitei etc., adică acelor maladii datorate în general unui nivel de trai și de igienă scăzut.

Față de noua configurație a morbidității, medicina contemporană dispune de mari posibilități de intervenție de tratament, dar mai ales de prevenire.

La nivelul celor mai înalte foruri de sănătate se apreciază că principala modalitate de acțiune preventiv în raport cu afecțiunile menționate, ca și cu altele, stă, în multe privințe, în mina populației înseși. Ea se referă la punerea în aplicare de către fiecare individ și colectivitate a unui stil de viață sănătos, igienic, rațional, ferit de excese și abuzuri.

În ultimii ani, Organizația Mondială a Sănătății a atras atenția țărilor membre în direcția intensificării într-o mai mare măsură a educării populației pentru un stil de viață sanogen, ca o componentă intrinsecă a programelor de sănătate.

Acest stil de viață sănătos presupune un mod rațional de alimentație și odihnă, integrarea satisfăcătoare în activitatea profesională, un mod sănătos de petrecere a timpului liber și nu în ultimă instanță o capacitate optimă de a întreține cu ambianța, luată în sens larg, relații armonioase cu caracter adaptativ.

Acest element ultim enumerat se referă în special la una dintre dimensiunile majore ale sănătății omului - sănătatea mintală.

Important registru al sănătății, sănătatea mintală este responsabilă pentru dimensiunea psihică, spirituală a individului, pentru comportamentul său și pentru stilul său de integrare și adaptare, ea situându-se în prezent într-o sferă de interes tot mai mare atât pentru specialiști, cât și pentru publicul larg.

Unul din mecanismele care pot prejudicia sfera sănătății mintale și balanța afectivă a persoanei este nerespectarea în activitate, fie ea profesională sau paraprofesională, a necesității de a păstra un raport corect, un echilibru între solicitare și performanță, o alternanță între activitate și repaus, o curgere, o cadență a stimulilor într-un ritm optim, astfel ca reacțiile de răspuns ale individului să nu contravină activității fiziologice și psihologice a organismului. Dozarea activităților ca dimensiune, durată, frecvență cade deci sub incidența cunoașterii și respectării regimului igienic de viață și de muncă.

Stă în puterea tuturor ca, înțelegând cât de mare este în prezent solicitarea preponderent intelectuală în tot mai multe profesii, în activitatea școlară, în calendarul activităților casnice, să adopte astfel de măsuri încât toate aceste solicitări să poată fi satisfăcute fără pierderi la capitolul sănătate.

Modernizarea vieții, a muncii a schimbat profund și viața în familie. Femeia a fost cuprinsă de activitatea profesională, în care, de cele mai multe ori, și-a găsit vocația, realizarea și satisfacția.

Starea de maturitate socială pe care o confera o înaltă profesionalitate atribuie femeii de azi un atit independență economică, cit sentimentul creației de valori, a unei înalte percepții și aprecieri sociale. Evident, acest simțămînt nu anulează în nici un caz îndatoririle fundamentale ale femeii, între care cea mai nobilă rămîne maternitatea.

Împletirea, conjugarea acestor funcții multiple de către una și aceeași persoană cere multă chibzuință și energie. Chibzuință pentru a stabili în orice moment care sînt prioritățile în activitate, cum trebuie procedat pentru ca răspunsurile profesionale să nu se facă în detrimentul celor familiale.

Nimeni nu contestă că acest echilibru psiho-afectiv al femeii contemporane este pus la grea încercare de ritmul și solicitările vieții moderne în toate țările lumii. Important este ca, pe planul vieții spirituale și afective, femeia să dispună în toate momentele vieții sale de discernămintul necesar pentru a alege, pentru a decide în cunoștință de cauză, pentru a amina sau a acționa imediat, pentru a găsi în final o soluție optimă în toate situațiile problematice.

Femeia contemporană trebuie, de asemenea, să apeleze la toți membrii familiei sale pentru a fi ajutată în gospodărie, fiecare pe măsura virteii, capacităților și puterilor sale.

Sînt încă multe femei care nu permit accesul în bucătărie, alături de ele sau în locul lor, a altor membri ai familiei, asumîndu-și în acest fel prea multe sarcini, pe care apoi nu le pot îndeplini în timp planificat și așa cum doresc. Sau femei care din motive similare nu pot să-și îndeplinească sarcinile casnice decît în condițiile limitării cu regularitate a rației zilnice de somn. Astfel, oboseala se sumează și, cu timpul, se transformă în iritare, nervozitate și surmenaj. Senzația de ineficiență și de nemulțumire față de sine se instalează și poate genera stări de depresiune, de anxietate, de totală insatisfacție, stări incompatibile cu o sănătate psihică și fizică normală.

Iată deci că atit grupul familial cit și cel profesional trebuie să acționeze preventiv, ajutînd femeia ocupată în cîmpul muncii productive pentru

(continuare în pag. 64)

SÎNTEM PRIETENII COPILOR NOȘTRI?



Prietenia, frumosul și nobilul sentiment ce leagă pe oameni între ei prin alte relații decât acelea de rudenie este apanajul tuturor vîrstelor și al oamenilor de pe toate meridianele planetei. Ea apare la copilul foarte mic mai întîi ca exprimare a satisfacției pe care o încearcă față de persoanele cunoscute și mai apoi ca mobil al curiozității în raport cu alți copii cu care vine în contact.

Se spune chiar despre unii sugari că, începînd cu luna a 6-a sau a 7-a de viață, cînd experiența lor perceptivă crește și fenomenul de intenționalitate se conturează, sînt prietenoși, joviali, sociabili. Unii sint, alții nu sint. Această trăsătură trebuie încurajată la cei care o manifestă și cul-

tivată la cei la care ea apare cu timiditate sau nu apare deloc.

Comunicativitatea, deschiderea spre exterior, spre ceilalți reprezintă una dintre dimensiunile normalității psihice a copilului și mai apoi a adultului, opusă mizantropiei, egoismului și ego-centrismului. Începînd cu vîrsta cea mai fragedă, familia în ansamblul ei, părinți, bunici, frați mai mari trebuie să manifeste interes față de „propunerile” pe care le face copilul mic sau mai mare în sfera comunicării verbale, afective sau de altă natură. Mama, epicentrul intereselor copilului, este aceea care-i furnizează totul - alimentația, securitatea, apartenența, bucuriile.

Ea, și pe lîngă ea toți ceilalți, trebuie să fie disponibili, dispuși în orice moment de a răspunde tuturor solicitărilor copilului, tuturor chemărilor sale, tuturor întrebărilor, atunci cînd începe să cucerească limbajul și lumea. Desigur, unele din acestea trebuie sancționate, corectate, căci copilul, în ignoranța sa determinată de lipsa de experiență, nu are capacitatea de a alege între bine și rău, între corect și fals. Mama, adulții în genere, sînt aceia care trebuie să-l ferească de orice nocivități.

Desigur, această solicitare este adesea oboseitoare. Gîndiți-vă la întrebările nenumărate care vin în avalanșă de la copilul care abia începe să vorbească, care abia a început să umble și fiecare zi reprezintă pentru el un nou prilej de a-și îmbogăți experiența de viață.

Tații ocupați și mamele perpetuu oboseite nu reprezintă mediul cel mai propice pentru ca fiii sau fiicele lor să devină prietenoși și curiozitatea lor să rodească în experiență. Mai mult decît atît, rezistența adulților în fața asaltului cognitiv (de cunoaștere) sau afectiv al celor mici duce în cele din urmă la blocarea acestui interes, suspendînd încrederea nelimitată a copilului în cei mari, îl deprimă și îl îndepărtează de aceștia.

Se poate întîmpla ca, uneori, părinții să nu fie dispuși să răspundă la toate întrebările copilului, la toate invitațiile și propunerile lui. Selecția se impune. Dar de la o asemenea atitudine la refuzul permanent al comunicațiilor cu copilul, la invocarea stării de oboseală sau de plictiseală este o cale lungă și care duce la neîncrederea copilului în proprii săi părinți, lipsindu-i progresiv și pe unii și pe alții de descoperirea împreună a lumii și a semnificației existenței.

Severitatea excesivă pe care unii părinți o imprimă climatului, ambianței din familie artificializează relațiile dintre membrii, îi îndepărtează pe unii de alții și-i determină mai ales pe copii să-și piardă curajul de a recunoaște adevărul faptelor lor. Asemenea practici stau la baza refuzului unor copii de a declara acasă notele proaste sau micile stricăciuni provocate în joc fără voie. În unele familii se spune: „Să știe mama este de ajuns. Tata poate afla mai tirziu sau deloc”. Pentru copil asta înseamnă o criză de încredere: în mama da, în tata nu. Cu timpul, copilul ajunge

să creadă că, din acest motiv, tatăl poate fi iubit mai puțin. Sentimentele lui sînt astfel puse la încercare. Deși îi iubeste pe amindoi deopotrivă, pentru copil tatăl, în alte familii mama, pentru că este mai sever(ă), pare să se îndepărteze treptat de copil sau de copii, cînd de fapt situația este cu totul alta.

Părinții amindoi, iubind și fiind iubiți în egală măsură de copiii lor, trebuie să nu uite nici un moment că ei sînt întotdeauna și în toate ocaziile primii confidenți ai copiilor lor, primii și cei mai importanți și interesați statutori, aceia cărora copiii le mărturisesc și bucuriile și necazurile și succesele și eșecurile. Cînd părinții nu pot îndeplini acest rol, desigur deloc ușor, rol care cere multă răbdare, dar mai ales iubire, rolul lor este luat de alții, și astfel copiii își pierd încrederea în aceia care le sînt cei mai apropiați.

Vine o vîrstă, pubertatea și adolescența, cînd și cei mai volubili copii, cei care pînă mai ieri îndată ce veneau de la școală spuneau părinților absolut tot ce s-a întîmplat la clasă sau în școală, devin tăcuți, iritabili, nervoși, nemulțumiți. Deceționați de o notă proastă sau de un coleg (colegă) a cărui prietenie nu s-a dovedit la înălțime, ei se sfîlesc să-i împărtășească tatălui sau mamei motivul adevărat al tristeții și nemulțumirii lor. Fie că părinții nu observă starea lor, fie că observînd-o îi întreabă ce s-a întîmplat, în astfel de situații copiii devin ermetici, răspund evaziv sau răspund la altceva.

Insistența, blîndețea, tactul pot aduce deconspirarea, mărturisirea și dorința copilului de a fi ajutat să depășească momentul mai greu, cu condiția de a fi însoțită de manifestarea afecțiunii părintești, astfel ca băiatul sau fata să-și dea seama că la baza interesului părinților săi pentru situația lui sau a ei nu stă nimic altceva – nici prestigiu, nici criza de timp, nici teama de consecințele nedorite – decît simplul dar marele sentiment al iubirii și solidității, dorința de a-l ajuta necondiționat.

Chiar dacă vestea adusă de copil poate să producă părinților săi tristețe sau nemulțumire, aceștia trebuie să aibă stăpînirea de sine necesară pentru a o auzi, înțelege și găsi împreună o cale de rezolvare a situației. Aceasta se face cu calm, fără scene și lacrimi, învățîndu-l pe copil, mare sau mic, ca pe viitor să evite erorile și să devină capabil să rezolve singur situațiile problematice.

Se spune pe bună dreptate că dacă există „copii-problemă” există și „părinți-problemă” – părinți inaccesibili, inabordabili, egocentrice, avizi de prestigiu și bunuri, severi peste măsură, părinți ce interzic băiatului lor fumatul și alcoolul în timp ce ei, părinții, fumează sau consumă alcool. Aceste modele de comportament nu aduc fericirea pe care și-o dorește orice copil, mic sau mare, fată sau băiat, aceea de a putea spune mamei sau tatălui său tot ce are pe inimă în orice moment.

Pentru a căpăta încrederea copilului trebuie să-l facem părtaş la toate bucuriile dar și la grijele vieții în comun, iar înainte de toate să-i dovedim încrederea noastră în el, fie că a greșit cu ceva, fie că a realizat o performanță anume.

Lucia PIETRARU
psiholog

DICTIONAR DE MEDICINA FAMILIEI

Amenoree. Absența menstruelor fiziologice legată de o tulburare hormonală sau de o cauză psihică. Este fiziologică în sarcină și la menopauză. În stări patologice duce la sterilitate, dar poate fi tratată.

Androgeni. Hormoni care provoacă apariția caracterelor masculine. Denumirea se referă la ansamblul de hormoni steroizi cu 19 atomi de carbon cu proprietăți masculinizante. Principalul hormon androgen secretat de testicul și cel mai activ este testosteronul, produs în cantități de 5–10 mg zilnic. Secreția sa este controlată de hormonii gonadotropi proveniți din glanda hipofiză. Testosteronul asigură dezvoltarea normală a aparatului genital masculin (penis, testicule, prostată, vezicule seminale), a pilozității pe față și corp, favorizează dezvoltarea scheletului și a musculaturii și asigură menținerea potenței sexuale. Preparatele sintetice de testosteron sînt prescrise în hipogonadism, în tulburări de creștere, în diverse afecțiuni pentru efectul lor anabolic și în tratamentul paleativ al cancerului de sîn la femeie. Suprarenalele și ovarele secretă, de asemenea, hormoni androgeni dar în cantități mici.

Ciclu menstrual. Succesiunea armonioasă de fenomene fiziologice și hormonale la care participă lobul anterior al hipofizei, endometrul, ovarele, glandele colului uterin și vaginul. Fenomenul se repetă cu regularitate în medie la 28 de zile, în afara perioadei pubertate, a sarcinii și a menopauzei.

Estrogeni. Grup de hormoni steroizi cuprînzînd un schelet cu 18 atomi de carbon. Cei naturali sînt estradiolul și estrona sau foliculina și sînt sintetizați în foliculii ovarieni și în cantități crescute în placentă în timpul sarcinii. La bărbați sînt secretați în cantități mici de către testicul. La femeie secreția lor este cîclică, cu un maximum în ziua a 14-a a ciclului, apoi scade. Acest tip de secreție este sub dependența hormonilor hipofizari gonadotropi (FSH și LH), controlați la rîndul lor de sistemul nervos central prin intermediul hipotalamusului. Acțiunea lor fiziologică se exercită la pubertate asupra caracterelor sexuale secundare feminine și în sarcină. Sînt recomandate în tratamentul amenoreei, în insuficiențe ovariene, pentru inhibarea lactației etc., iar la bărbat în tratamentul carcinomului de prostată hormonal dependent.

Fertilitate. Posibilitatea de procreare. Necesită la ambele sexe integritatea anatomică și funcțională a organelor genitale, la bărbat spermatogeneza normală iar la femeie ovulație, fecundarea ovulului, migrarea sa tubară în uter și nidația.

Frigiditate. Tulburări de sexualitate la femeie cu blocarea parțială sau totală a satisfacției în timpul coitului, orgasmul fiind absent sau scăzut. Este determinată de inflamații ale aparatului genital (anexite etc.), de tulburări endocrine, dar mai ales de relațiile între parteneri: comportare neadecvată a bărbatului, ejaculării precoce, ca și de nemulțumiri de ordin psihic.

Galactoree. Secreție excesivă de lapte la femeile care alăptează sau scurgere anormală, în afara gravidității. Este consecința excesului de prolactină și este adeseori însoțită de cicluri anovulatorii. Galactoreea este fiziologică după naștere, dar poate apare și în stări patologice — tumori hipofizare, afecțiuni hipotalamice, tiroidiene, în tumori producătoare de prolactină (carcinom bronhogen), în tumori ovariene sau după anumite medicamente (Fenotiazine, Reserpină).

Graviditate. Starea femeii din momentul fixării produsului de concepție în cavitatea uterină (nidatie) până la expulzarea fătului. În organismul matern se produc modificări biologice importante și complexe, grație cărora se realizează un echilibru funcțional care asigură creșterea și dezvoltarea oului. Graviditatea este normală cînd sarcina este bine tolerată iar produsul de concepție este eliminat la termen ca urmare a declanșării contracțiilor uterine.

Hipogonadism. Termen care desemnează ansamblul tulburărilor determinate de activitatea deficitară sau absentă a glandelor genitale masculine sau feminine. Sînt afectate atît capacitatea de reproducere (sterilitate) cît și dezvoltarea caracterelor sexuale (organe genitale, pilozitate etc.). Hipogonadismul are la origine fie insuficiența gonadelor, fie insuficiența stimulării a acestora de către glanda hipofiză. Manifestările sînt similare în ambele cazuri: organe genitale mici, absența menstruelor și nedeveloparea sinilor la fete, lipsa părului pe față și corp, musculatură slabă, voce neformată, sterilitate și impotență la bărbat. Tratamentul este diferit în funcție de cauza hipogonadismului, substitutiv cu hormoni sexuali în primul caz și stimulator cu hormoni gonadotropi în cel de-al doilea caz.

Impotență. Dificultate sau imposibilitate de a realiza actul sexual. Constă în tulburări de libidou, erecție și ejaculare. La tineri este determinată, de cele mai multe ori, de factori psihici (timiditate, anxietate, lipsă de experiență etc.), mai rar de dereglări hormonale. La adult și la vîrstnic scăderea potenței este determinată cu precădere de boli metabolice (diabet etc.), de afecțiuni cronice (hepatită cronică, insuficiență renală severă) și de afecțiuni cardiovasculare (hipertensiune arterială, ateroscleroză).

Menopauză. Oprirea menstruelor (consecutivă scăderii treptate a funcțiilor ovarelor) și încetarea funcției de reproducere. Se instalează între 42 și 53 de ani. Apare brusc sau treptat, după cîteva cicluri neregulate. Se însoțește de manifestări clinice de intensitate variabilă: valuri de căldură, cefalee, stări depresive, oscilații tensionale, creștere ponderală, dureri reumatismale etc. Constituie un

eveniment fiziologic, dar poate fi și patologică, survenind precoce după stres psihic, dereglări hormonale, iradiere sau după intervenții chirurgicale cu scoaterea uterului și a ovarelor.

Oligomenoree. Scăderea cantitativă a menstruelor.

Ovare. Glande genitale perechi, simetrice, situate în cavitatea peritoneală, cu funcție secretorie externă de maturare și expulzare a ovulelor și funcție hormonală de secreție a hormonilor estrogeni și progesteronici, avînd rol principal în reglarea ciclului menstrual.

Ovul. Celulă reproducătoare feminină conținînd jumătate de număr de cromozomi; fiind fecundat de spermatozoid, care dă cealaltă jumătate de număr de cromozomi, dă naștere embrionului.

Prolactină. Hormon polipeptidic conținînd un număr mare de acizi aminati (189), secretat de lobul anterior al glandei hipofize. Stimulează formarea laptelui la femeie și are acțiune sinergică cu hormoni gonadotropi asupra organelor reproducției. Există și la bărbat în cantități mici. În stări patologice (ca de ex. în tumori hipofizare secretante de prolactină) excesul hormonal produce atrofierea testiculelor și impotență.

Sex. Ansamblul caracteristicilor structurale și funcționale care disting bărbatul de femeie: organe genitale externe și interne, pilozitate, schelet, musculatură, diferențe comportamentale.

Spermatozoid. Celulă reproducătoare, termen ultim al diferențierii spermatidei. Este apt de a fecunda ovulul. Are formă ovală, conținînd un nucleu care posedă jumătate număr de cromozomi și o coadă care îi asigură motilitatea și pătrunderea sa în căile genitale ale femeii.

Sterilitate conjugală. Cuplul este presupus a fi steril dacă după un an de conviețuire sexuală normală femeia nu rămîne gravidă. Sterilitatea poate fi tratată hormonal sau chirurgical cu rezultate satisfăcătoare. Ea afectează în medie 10 la sută din cupluri, iar răspunderea revine în mod aproape egal femeii și bărbatului.

Sterilitatea feminină poate fi primară și secundară. Primară este atunci cînd femeia nu a rămas niciodată gravidă și secundară cînd, după ce a avut mai multe sarcini, nu mai rămîne însărcinată. Cauzele sterilității feminine sînt: mecanice (obstrucții), anatomice (malformații congenitale), hormonale, inflamatorii (microbiene, virotice, micotice etc.), tumorale, imunologice, genetice.

La bărbat sterilitatea are, de asemenea, cauze multiple: hormonale (hipogonadism, criptorhidie), genetice, imunologice, traumatice, infecțioase (TBC genital, orhită urliană, orhiepididimită infecțioase etc.), noxe chimice, iradiere etc. Diagnosticul sterilității masculine se bazează pe examenul spermei, evidențiînd: prezența spermatozoidilor, absența lor (azoospermie), spermatozoizi puțini și imobili (oligoteratospermie), procent crescut de spermatozoizi anormali (teratospermie).

Doctor în medicină
Madeleine MĂICĂNESCU—GEORGESCU



— pe marginea unui studiu sociologic —

În perioada 1985—1987 Institutul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă (I.E.M.R.C.M.) în colaborare cu Institutul oncologic—București (I.O.B.), a realizat un studiu, oarecum inedit la noi în țară pentru unități cu profil medical. Este vorba de o investigație cu caracter epidemiologic, ai cărei parametri au fost axați predominant pe decelarea factorilor psihologici, psihosociali și sociologici, care, raportați la o anumită structură biologică, pot favoriza apariția unui cancer localizat la sîn sau col uterin. Executanții lucrării au fost semnatarii acestor rînduri, alături de psihologii Coralia Mîrșu (I.O.B.) și Mariana Mardare (I.E.M.R.C.M.), medicul Adrian Popescu (I.E.M.R.C.M.) — care au beneficiat de sprijinul generos al medicilor epidemiologi dr. O. Pop și dr. V. Roman, din I.O.B., al psihologilor Mariana Mirea (I.C.T.B.) și Garbis Ohanesian (I.P.R.S. Băneasa), al sociologului Popa Florin (D.P.M.B.), al unor cadre de conducere și personal muncitor din cîteva unități economice din capitală.

Care au fost premisele și ipotezele cercetării? Care au fost volumul și structura loturilor investigate, metodologia folosită? De ce au fost alese două localizări ale bolii, de ce tocmai „sînul” și „colul uterin”? Care sînt concluziile la care s-a ajuns?

S-a pornit de la observația variației indicilor de mortalitate și morbiditate în spațiu și timp dați de cancerul sînelui și, respectiv, colului uterin. Chiar la populații standardizate după vîrstă, frecvența cazurilor de boală canceroasă diferă foarte mult de la o regiune geografică la alta, de la o zonă culturală la alta, de la un tip de comunitate umană la altul.

Totodată, realizarea studiului ne-a obligat la o temeinică documentare în literatura epidemiologică de profil. Am observat că în foarte multe lucrări există o abordare unidimensională a relației dintre boală și variabilele sub influența cărora s-ar afla, cel puțin ipotetic,

aceasta. S-a cercetat relația dintre cancer și dietă, cancer și sexualitate, cancer și psihic, cancer și fumat, cancer și consum de alcool etc. În același timp, am implicat premisa că în evaluarea riscului de a face un cancer la sîn sau col uterin trebuie analizat întregul complex bio-psiho-social, omul în totalitatea raportărilor sale la mediu, o legătură în lanț specifică între variabile aparținînd biologicului, psihicului și comportamentului, fiind mai în măsură, credem, să estimeze „riscul” îmbolnăvirii (concretizat într-un profil antropologic) decît una sau alta dintre variabile extrase din context, singularizată.

Investigația concretă s-a axat pe analiza multi-disciplinară (bio-psiho-socială) a unui lot de femei diagnosticate cu cancer la sîn (174 persoane), a unui lot de femei diagnosticate cu cancer la colul uterin (64 persoane) și a unui lot martor (247 subiecți) format din femei care nu au fost vreodată diagnosticate ca suferind de o afecțiune oncologică, indiferent de localizare. Diagnosticul bolnavelor a fost pus sau confirmat la Institutul Oncologic București în perioada 1981—1986. Bolnavele investigate reprezintă ceva mai mult de 10 la sută din totalitatea cazurilor în viață cu neoplasmele menționate, domiciliile în București și comunele limitrofe, de vîrstă cuprinsă între 20—54 ani.

Prezentăm sintetic, în tabelul alăturat, un profil global al bolnavelor, construit pe baza caracteristicilor celor mai reliefante ale loturilor studiate. Ele au fost determinate pe baza comparațiilor, a diferențelor și asemănărilor constatate între cele trei loturi, folosindu-se teste statistice adecvate, — de exemplu: testul chi-pătrat. De multe ori acești factori pot să nu fie regăsiți la mulți din subiecții loturilor investigate, însă i-am menționat deoarece caracterizează o anumită tendință rezultată din diferențele semnificative dintre loturi, la o serie de parametri ai variabilelor analizate. Sînt cazuri care pot să nu se regăsească în una sau mai multe trăsături ale acestui „profil global”, fapt care rămîne și pentru noi un deziderat de a realiza modele individuale și numai după aceea profile globale de risc, cu inserarea și a factorilor psihologici specifici.

**CARACTERISTICI REIEȘITE PRIN
COMPARAREA LOTURILOR
EXPERIMENTALE ȘI A LOTULUI MARTOR,
CE TIND A CONFIGURA FACTORII DE RISC
SPECIFICI CELOR DOUĂ LOCALIZĂRI**

Variabila analizată	Lotul de femei cu cancer la sîn	Lotul de femei cu cancer la colul uterin
0	1	2
Istoria familială a bolii	Prezența rudelor apropiate (indiferent gradul de rudenie) care au avut cancer, indiferent de sediul bolii (semnificație statistică foarte puternică). Corelația există și în cazul prezenței în istoria familială a unor rude apropiate (indiferent gradul de rudenie) care au avut un cancer la sîn (semnificație statistică foarte puternică).	Fără importanță prezența în antecedentele heredofamiliale a rudelor care au avut cancer (toate localizările). Prezintă o anumită semnificație statistică existența rudelor apropiate cu cancer al colului uterin.
Grupa sanguină	Nerelevantă statistic. Relativ mai frecvente persoanele cu grupa sanguină O1.	Nerelevantă statistic. Relativ mai frecvente persoanele cu grupa sanguină B3 și mai puțin frecvente cele avînd grupa sanguină A2.
Boli înainte de diagnostic	Numai 13,22 la sută (față de 20,25 la sută în lotul martor) au fost persoane care nu au contractat nici o afecțiune înainte de debutul bolii canceroase.	17,18 la sută din subiecții lotului nu au fost niciodată diagnosticați ca suferind de o anumită afecțiune.
Boli în sfera genitală	Boli infecțioase și parazitare (semnificație statistică puternică).	Boli infecțioase și parazitare (trichomoniază – 81 la sută din aceste cazuri), semnificație statistică foarte puternică. Afecțiuni inflamatorii și, respectiv, neinflamatorii ale colului uterin (semnificație statistică foarte puternică). Complicații sarcină, naștere și traumatisme obstetricale.
Boli ale sîinului	Total afecțiuni: 41,38 la sută față de 13,76 la sută în lotul martor. Prezența microtraumatismelor sîinului (semnificație statistică foarte puternică).	Fără importanță (6,25 la sută față de 13,76 la sută în lotul martor și 41,38 la sută cu cancer la sîn).
Alte categorii de boli	Bolile aparatului circulator: – bolile hipertensive – cardiopatiile ischemice. Bolile aparatului respirator: – afecțiuni ale căilor respiratorii.	Fără importanță.

Studii	Nivel de școlarizare relativ mai ridicat (fără semnificație statistică).	Nivel de școlarizare relativ mai scăzut (fără semnificație statistică).
Venitul familial	Standard socio-economic (venit familial) ridicat.	Standard socio-economic (venit familial) mediu.
Profesii	Sînt reprezentate toate categoriile mari de profesii. Relativ mai frecvent: personalul cu studii superioare (tehnic, economic, cadre didactice etc.) și casnicele (fără semnificație statistică).	Sînt reprezentate toate categoriile mari de profesii. Relativ mai frecvent: muncitorii necalificați (fără semnificație statistică).
Comportament referitor la consumul alimentar	Frecvent: slănină, usturoi, țelină, ouă. Apetit crescut pentru mâncărurile sărate și grăsimi.	Frecvent: dulciuri, morcovi. Apetit crescut pentru dulciuri, crudități.
Comportament sexual și demografic	Starea civilă: nerelevantă. Frecvență ușor crescută a persoanelor cu relații sexuale absente înainte de 20 de ani. Obținerea orgasmului rar sau deloc (semnificație statistică puternică). Frigiditate percepută ca fiind constituțională (se simte culpabilă de absența plăcerii sexuale). Începerea mai tardivă a vieții sexuale (+25 ani). Vîrsta primei sarcini după 30 ani. Vîrsta primei nașteri după 30 ani. Frecvență relativ mai mare a persoanelor cu nici un copil născut și fără nici o sarcină. Durata alăptării nerelevantă.	Statut marital ușor instabil. Frecvența raporturilor sexuale zilnice înainte de împlinirea vîrstei de 20 ani și chiar în ultimii 10 ani înainte de îmbolnăvire mai ridicată (fără semnificație statistică). Obținerea orgasmului rar sau deloc (semnificație statistică puternică). Frigiditate psihogenă (partenerul este făcut răspunzător de ratarea actului sexual). Începerea vieții sexuale înainte de 18 ani. Vîrsta primei nașteri înainte de 19 ani. Numărul mare de sarcini nerelevante.
Comportament referitor la fumat	Fumătoare vechi, cu peste 21 ani la activ, vîrsta la debut redusă, 11–20 țigări pe zi. Frecvența fumătoarelor cu regularitate mai crescută cu circa 8 la sută decît în lotul martor (fără semnificație statistică).	Frecvența fumătoarelor mai mare cu circa 10 la sută decît în lotul martor, debut relativ tardiv ca fumătoare (peste 25 ani), număr de țigări fumate zilnic sub 10 (fără semnificație statistică).
Evenimente cu ecou negativ, stresante, petrecute în viață	Decesul părinților. Munca nepotrivită. Încărcarea vieții personale prin acumularea unor evenimente nedorite, nerelevante.	Despărțirile temporare între soți din cauza certurilor. Munca nepotrivită. Încărcarea vieții personale prin acumularea unor evenimente nedorite, nerelevante.

Mihai NEDELCU și Manuela MAYRILIUC

CALEIDOSCOPI

● Prevenirea și diagnosticarea precoce a afecțiunilor venoase are o mare importanță deoarece varicozele patologice au la origine o slăbire a valvulelor ce poate fi ireversibilă.

● Deoarece în R.F. Germania o cincime din populație suferă de afecțiuni venoase, în special datorită sedentarismului, s-a căutat și s-a găsit posibilitatea diagnosticării precoce grație reografiei cu reflexe luminoase. Este un procedeu electronic care diagnostichează tulburările circulației venoase periferice. S-a pornit de la observația că pielea picioarelor este mai puțin roză când presiunea sanguină scade. Modificările roșeții pielii datorate oscilației presiunii sînt atît de slabe încît nu pot fi detectate fără aparatură specială. Iată că o echipă de ingineri condusă de Vladimir Blazek a realizat un dispozitiv pentru măsurarea cu precizie a gradului de roșeață a pielii. El este compus dintr-o lampă cu infraroșii folosită ca „emîțător” și o celulă fotoelectrică cu rol de „receptor” așezate într-un cap de măsură de mărimea unui deget. Astfel roșeața pielii poate fi măsurată pînă la o profunzime de 0,3—2,3 mm. Datele, înregistrate de un aparat electronic, sînt afișate pe un alt aparat.

Pacientul mișcă de zece ori piciorul înainte și înapoi. Fixat pe pulpa piciorului, capul de măsură înregistrează modificările roșeții pielii care corespund unei scăderi și apoi unei creșteri a presiunii sanguine. Reograful interrupe măsurarea de îndată ce ea corespunde celei ce a fost înregistrată la început. Durata circulației dă indicații prețioase asupra stării sistemului vascular.

Aparatul va putea fi folosit pentru examinarea afecțiunilor venoase, se arată în „La Tribune d'Allemagne”.

● Instrumentele medicale din pietre prețioase artificiale întrec ca duritate și rezistență la uzură pe cele metalice, iar tăieturile executate cu ele se

cicatrizează mai repede. Specialiștii ucrainieni — se arată în „Spoutnik” —, presupunînd că reacția de respingere a organismului în contact cu cristalele artificiale trebuie să fie neînsemnată, au pus la punct tehnologia fabricării dinților artificiali din cristale de safir. Pînă în prezent experiențele au demonstrat că acești dinți sînt mai buni decît cei metalici.

● Lipsa de contacte sociale și afective constituie o cauză a creșterii mortalității — se arată în revista americană „Science” —, fiind comparabilă cu influența negativă a fumatului, tensiunii arteriale, obezității și a sedentarismului.

● Analizînd un eșantion de 37 000 de persoane observate timp de 12 ani, un grup de cercetători americani, finlandezi și suedezi a ajuns la concluzia că singurătatea dublează riscul de îmbolnăvire sau de moarte. Deosebit de vulnerabili s-au dovedit bărbații singuri, la care rata mortalității este de trei ori mai mare față de bărbații cu relații sociale și familiale mai bune. Singurătatea care ucide sau îmbolnăvește mai mult este cea care exclude relațiile afective și sociale, izolarea persoanelor lipsite de cineva cu care să împartă propriile emoții timp de săptămîni întregi.

● Într-o zi în S.U.A. se fumează 1,32 miliarde de țigări, informează „Chicago Tribune”, atrăgînd atenția asupra pericolului pe care acest consum îl are asupra sănătății.

● Un tratament experimental împotriva infectării cu virusul hepatitei B pare să dea rezultate preliminare „impresionante”, potrivit cercetătorilor care l-au pus la punct. Ziarul „Le Monde”, care transmite această știre, informează că 39 de pacienți afectați de hepatită B cronică au făcut obiectul următorului studiu: 18 dintre ei au primit timp de 6 săptămîni un hormon steroid (prednisonul), apoi, timp de 90 de zile, inter-

feron alfa, ceilalți bolnavi nefiind supuși nici unui tratament. La jumătate dintre bolnavii tratați s-a observat o oprire a înmulțirii virusului și la 4 dintre ei virusul a dispărut complet. Interesul acestor rezultate este moderat de riscurile efectelor secundare, ce nu pot fi neglijate, ale substanțelor utilizate: prednisonul poate provoca inflamații ale ficatului, periculoase la pacienții a căror maladie este avansată; în ceea ce privește interferonul — a cărei administrare în doze mari n-a putut fi suportată la 10—20 la sută dintre bolnavii care au fost supuși studiului — el are o acțiune nedorită asupra leucocitelor și plachetelor sanguine.

● „La Revue du Practicien” publică un articol pe tema legăturii dintre hipertensiune (HTA) și consumul de alcool. Relația dintre HTA și alcool este cunoscută din 1915 prin lucrările mai multor cercetători care au semnalat existența unui procent mult mai important de HTA la marii consumatori de alcool. La ora actuală mai multe studii epidemiologice au relevat clar acțiunea hipertensivă a alcoolului. Revista amintită consideră că sînt necesare cîteva concluzii: ● Presiunea arterială (PA) crește o dată cu consumul de alcool; această creștere este atît mai accentuată cu cît consumul este mai mare ● Efectul alcoolului se declanșează după consumul obișnuit de trei pahare pe zi (un pahar de alcool echivalează cu 8—10 g de alcool) ● Efectul este cert după 6—8 pahare pe zi ● La hipertensivi el favorizează accidentele vasculare cerebrale, fie că este vorba de tromboză sau hemoragii cerebrale ● Orice consum mai însemnat de alcool poate sta la baza unui puseu de tensiune generator de hemoragii cerebro-meningeale ● Pericolul este mai accentuat dacă hipertensivul este și fumător.





CUM EXPLICĂM LONGEVITATEA FEMININĂ?

Se știe de mult că durata vieții celor două sexe umane este mult diferită, femeile trăind în medie cu zece ani mai mult decât bărbații. Constatarea, deși reală, pare paradoxală dacă ținem seama că sexul feminin este etichetat drept sexul slab. Explicațiile acestui paradox au fost numeroase, bărbaților imputându-li-se păcatul de a fuma, viciul de a bea alcool, la care au fost adăugate marile lor responsabilități sociale și familiale, precum și prestarea muncilor grele, adevăruri care pot justifica până la un punct problema în discuție, dar în nici un caz n-o pot elucida definitiv. Azi știm cu toții că activitatea femeilor este mult mai solicitantă, ele trebuind să joace rolul de soții, mame și gospodine; de asemenea, ele sînt prezente în fabrici, pe șantiere, în ateliere, în

laboratoare, în birouri, la catedre. Femeile se luptă necontenit cu timpul care nu le ajunge, depun eforturi mari, trăiesc eforturi înalte tensiuni sufletești, dăruindu-se total și făcînd sacrificii personale închinăte celorlalți. În aceste condiții stresante, cum se poate explica totuși longevitatea?

Rădăcinile acestora trebuie căutate în altă parte, poate în străfundurile sufletului lor, în universul sensibilității și receptivității emotive, cu înaltă încărcătură pozitivă, în altruismul lor nedisimulat și, de ce nu, în universul lor imaginativ. Un rol capital pentru sănătatea și longevitatea femeilor, pentru însăși viața lor, îl au dragostea, familia reușită, copiii, iubirea de frumos, munca privită ca o desfătare, arta, cochetăria chiar. Toate acestea constituie pentru femeile mari idealuri și țin întotdeauna locul unor frumoase vise în gândurile și năzuințele lor. Catalizate de aceste mari entuziasme, în ciuda egalitarismului declarat, sexul feminin reușește să muncească mai mult și să trăiască mai mult, să înțeleagă mai bine cît valorează viața și să prețuiască mai mult timpul care trece, în contrast vădit cu partenerii lor uneori ermetici, nepăsători și frivoli.

La longevitatea femeilor mai contribuie și natura, prin aceea că ele pierd în mod repetat și fiziologic o cantitate de sînge. Fenomenul este extrem de interesant din punct de vedere medical, pentru că el duce la primenirea repetată a masei de sînge și stimulează sistemul hematoformator, debarasînd cel puțin în parte organismul de deșeurile rezultate din distrugerea mecanică a globulelor roșii și albe din sînge și a altor reziduuri metabolice, care se depun pe pereții vaselor și colmatează diferitele filtre biologice vitale ale organismului uman. Acest fapt face ca femeile să fie mai puțin afectate de infarctul miocardic în perioada fertilității față de bărbații de aceeași vîrstă; după menopauză însă, boala afectează ambele sexe în proporții aproape egale. Oricum, longevitatea feminină ține de dragoste, de familie, de muncă, de artă, de natură.

Dr. Ion TUTUNARU

(urmare din pag. 57)

a-și realiza toate sarcinile, păstrîndu-și nealterată sănătatea.

Echilibrul psiho-emotional al femeii, atît de puternic implicat în întreaga ei personalitate și în randamentul ei, trebuie ferit de traume și evenimente nedorite, prin crearea unui climat familial și de muncă pozitiv, calm și cald, uman, în care să se simtă apreciată și iubită pentru munca și devotamentul ei. Trebuie curmată acea atitudine din familii sau din unele colectivități, ca îndată ce este zărită să i se transmită cu orice preț și în primele ore ale zilei o veste proastă auzită despre un accident, despre îmbolnăvirea unui coleg etc. Acelor persoane care se ocupă cu predilecție de vehicularea unor atare mesaje trebuie să li se dea mai mult de lucru, trebuie avertizate și orientate astfel încît să contribuie într-o măsură mai mare la crearea unui climat bun în familie și la locurile de muncă, prin renunțarea la irosirea unui timp prețios, al lor și al altora, în

discuții interminabile și fără un obiect eficace.

Pe de altă parte, trebuie ca fiecare persoană, femeile în special, să nu admită atragerea lor în discuții contradictorii ce pot degenera în schimburi de cuvinte și de gesturi regretate ulterior.

În familie, aceste atitudini obligă la evitarea neînțelegerilor dintre soți, dintre părinți și copii, știut fiind că orice problemă poate fi soluționată cu calm, cu răbdare, dacă discuția nu degenerază în conflict.

Sănătatea psihică a femeii, acel disponibil de inteligență și dăruire față de semenii, constituie un tezaur de neprețuit pentru familie, pentru copii, pentru societate în general, femeia fiind, prin înzestrarea ei de natură, aceea care face ca viața să răsără mereu în alte și alte vîlăstare, în noi generații, care trebuie astfel crescute și educate pentru a cunoaște într-o și mai mare măsură bucuria vieții și aceea de a o dăru și celorlalți.

PODOABA CAPILARĂ NU ESTE NUMAI O PODOABĂ

La nomeoterme (animale cu temperatura corpului constantă) părul este răspândit pe întreaga suprafață a corpului pentru a-l proteja de variațiile de temperatură ale mediului extern. Ca urmare a perfecționării mecanismelor de termoreglare, precum și datorită alimentației și adaptării îmbrăcăminte, a construirii locuințelor etc., părul și-a pierdut însă importanța de înveliș protector. Lipsit de funcții biologice, părul omului prezintă interes nu numai din punct de vedere estetic, ci și medical, podoba capilară în special constituind o preocupare din cele mai vechi timpuri până în prezent.

Firul de păr este un produs al pielii, principalul constituent fiind sclerocheratina, un produs intermediar între keratina moale epidermică (ce se exfoliază la spălare) și keratina dură a unghiilor. De formă cilindrică, flexibilă, firul de păr este implantat oblic, într-o cavitate (rezultată prin infundarea epidermului până în derm) numit folicul, căruia îi sînt anexate glande sebacee și un fin mușchi fusiform, alcătuiind foliculul pilo-sebaceu.

Firul de păr are o serie de calități cum sînt: culoare, formă, grosime, lungime, rezistență, elasticitate sau suplețe, putere de umezire, putere de fixare a grăsimii, precum și poziția topografică în suprafețe, densitate. Culoarea părului se stabilește în cursul ciclului de creștere și este determinată genetic prin cantitatea și calitatea pigmentilor din fire, ca de altfel și grosimea, lungimea, forma naturală a firelor, variabile în raport cu vîrsta, sexul și zona geografică.

Densitatea perilor este și ea variabilă, în raport cu grosimea și culoarea: părul negru, 150—580 fire/cmp, părul blond, mai fin, 180—750 fire/cmp, variind și după regiunile corpului: în pielea capului 200—300 fire/cmp, la barbă 880 fire/cmp, pe torace și membre 40 fire/cmp. Densitatea perilor variază în funcție și de: sex, vîrsta organismului și factorii externi.

Creșterea și dezvoltarea firului de păr (pilogeneza) este o funcție specifică pielii localizată la anumii foliculi, care apar în timpul vieții embrionare, numărul foliculilor fiind constant de la naștere pînă la vîrsta adultă. Dezvoltarea firului de păr nu reprezintă un proces uniform și continuu; creșterea are un caracter ciclic, fazele de activitate alternează cu cele de repaus. Asincronismul acestor fire variază cu sexul și vîrsta, astfel că din punct de vedere morfologic, în funcție de momentul apa-



riției lor, se descriu 4 tipuri de peri: „Janugo”, — subțiri și scurți, existenți pe corpul fătului și al noului născut, persistînd cîva timp după naștere; peri numiți „vellus”, existenți pe pielea capului la copii pînă la 6 luni; peri „intermediari”, scurți, hiperpigmentați, ce apar între 11 și 16 ani, și peri „definitivi” sau „terminali”, care reprezintă părul matur ce apare în jur de 20 de ani. Ultimii predomină în proporție de 90 la sută la bărbați și numai de 35 la sută la femei. La adulți, rata firelor de păr expulzate este de 50 fire/zi, în condiții fiziologice normale.

Factorii care influențează pilogeneza sînt în funcție de vîrstă, sex, factori interni, diverse boli contractate, factori externi, de regulă ei asociindu-se în mod nefericit cu repercusiuni observabile la examinarea atentă prin consult dermatologic ori endocrinologic.

Dintre factorii interni un rol predominant îl au vascularizația foliculilor piloși, sistemul nervos și glandele endocrine (cu secreție internă). Stimularea vasodilației capilare stă la baza terapiei externe în diversele alopecii (căderii, rării părului); reflexele vasoconstrictoare de ordin nervos fiind principala cauză în albirea și/sau căderea bruscă a părului (peladă), observată după variate și puternice șocuri psihice, implică folosirea tratamentului neurosedativ în aceste cazuri. Glandele endocrine (hipofiza, corticosuprenalele, tiroida, glandele sexuale) exercită și ele o acțiune deosebită asupra pilogenezei. Astfel, hipofiza, prin hiperfuncție, prin exces de ACTH (boala Cushing) sau de STH — hormon somatotrop (în acromegalie) produce și hipertricoza (pilozitate excesivă). O diminuare a activității acestei glande antrenează modificări ale perilor, care devin subțiri, friabili și pot dispărea din regiunile axilare și pubiană. Glandele corticosuprenale — în hiperplazii difuze sau tumori benigne sau maligne care le afectează produc hipertricoză. Tratamentul sau extirparea tumorilor în cauză duc la dispariția hipertricozei. Hormonii testiculari sînt indispensabili creșterii perilor bărbii, a celor de pe trunchi, de la nivelul axilelor și regiunii pubo-genitale (pilozități lor, se descriu 4 tipuri de peri: „Janugo”, — subțiri și scurți, existenți pe corpul fătului și al noului născut, persistînd cîva timp după naștere; peri numiți „vellus”, existenți pe pielea capului la copii pînă la 6 luni; peri „intermediari”, scurți, hiperpigmentați, ce apar între 11 și 16 ani, și peri „definitivi” sau „terminali”, care reprezintă părul matur ce apare în jur de 20 de ani. Ultimii predomină în proporție de 90 la sută la bărbați și numai de 35 la sută la femei. La adulți, rata firelor de păr expulzate este de 50 fire/zi, în condiții fiziologice normale.

tate de tip masculin). În absența acestor hormoni, pilozitatea nu se mai dezvoltă, fenomen observat la indivizii castrați înainte de pubertate sau eunucoizi. Excesul de testosteron exercită o acțiune contrară asupra podoabei capilare, favorizând la cei predispuși genetic instalarea calviției (cheliei) masculine, precum și rărirea părului la femeile care au efectuat tratamente cu anabolizante hormonale pe bază de testosteron. Ovariele, prin hormoni estrogeni, stimulează pilogeneza axilară și pubiană, absența acestor hormoni în condițiile insuficienței ovariene primitive, a unor tumori de ovare (benigne sau maligne), precum și a lipsei ovarelor (extirpare, agenezie) determină la femei lipsa părului în axile sau în regiunea pubogenitală și apariția părului de tip masculin (hirsutism). Hirsutismul la femei se explică și prin faptul că ovarele produc și hormoni androgeni cu efecte masculinizante (plus cei secretați de corticosuprarenale), hormoni care dacă nu sînt metabolizați de ficat (hepatită cronică, ciroză) produc efectul menționat. În hipofuncția (mixedem) sau în hiperfuncția (hipertiroidism, Basedow) tiroidei se constată alterarea calitativă a perilor, ca și inhibarea creșterii lor. Deci, aspectele calitative și cantitative ale părului sînt determinate de secreția glandelor endocrine, care influențează filogeneza. Determinismul genetic, ereditatea, are o importanță covârșitoare asupra părului (culoare, formă naturală, grosime, lungime, suplețe etc.), notabile fiind astfel o serie de modificări patologice: aplazia moniliformă (moniletrix) adică fir de păr „perlat”; „piliortili” — peri răsuciți; „pili anulați” (alternanța de segmente pline cu segmente goale la firul de păr; albirea (caniția) prematură sau congenitală (suvițe albe); hipertricoza congenitală, familială; alopecia (calviția) congenitală și prematură (pe fond seboreic sau nu); atrixia — lipsa părului de la naștere; pelada decalvanță.

Firul de păr, prin prisma celor arătate mai sus, reprezintă amprenta desăvîrșită a individului, oferind date exacte privind sexul, vîrsta, starea fiziologică, precum și supraadăugarea unor factori externi (alimentație, substanțe toxice, noxe industriale, cosmetice etc.).

Condițiile patologice cu repercusiuni asupra părului, în special a podoabei capilare, se referă, în rezumat, la alopeciile difuze produse de infecții ca: sifilis (alopecie difuză în luminișuri), parazitarea micotică a firului de păr (trichofitii), alopecii cu peri retezați scurt, boli autoimune (cu anticorpi care nu-și recunosc

structurile propriului organism), cum sînt lupusul eritematos al pielii capului și feței, tiroidita autoimună (pelada decalvanță generalizată), vitiligo (albirea părului din zona afectată) etc.

Cei mai numeroși factori externi acționează cotidian, influențînd adesea ireversibil părul și în special podoaba capilară. Ei se pot grupa în factori de natură alimentară, factori chimici și factori fizici. Alimentația carentială în aminoacizi esențiali (carne, ouă, lapte) și hidrocarburi (miere, fructe, legume, dulciuri) afectează creșterea și dezvoltarea în pilogeneza, ca și aportul scăzut în vitamine — în special al celor din grupa B, vitamina A și oligoelemente (Fe, Cu, S, Ca, Mg).

Substanțele medicamentoase (produsii hormonali, corticoizi) în tratamentele de lungă durată, intempestive, produc hipertricoză, hirsutism sau, din contră, rărirea părului (citostatice).

Substanțele chimice care conțin arsen, brom sau săpunurile alcaline — cu hidroxid de sodiu (sodă), apele dure (calcaroase), precum și substanțele antiseborice, detergenți în cantități mari, șampoanele concentrate, ca și substanțele folosite la ondularea, vopsirea sau decolorarea părului, repetate excesiv, alterează podoaba capilară de multe ori iremediabil (papilele dermice și bulbul folicular), ceea ce duce la scăderea sau pierderea capacității pilogenetice. Tracționarea prin pieptănare (tragerea, ondulare brutală și repetată) a părului duce la smulgerea bulbului pilos din papila dermică.

Spălarea părului de praf, alte substanțe, de sebum trebuie făcută săptămînal sau chiar de două ori pe săptămîna, cu săpunuri neutre sau antiseborice (cu sulf, ichtiol, borax), șampoane cu săruri de seleniu, tamponarea cu gălbenuș de ou (conține substanțe nutritive pentru pielea capului). Părul se va peria blînd cu perii, piepteni ce nu vor zgîria pielea capului, se va masa pielea capului cu degetele pe calota osoasă, zilnic 5 minute; folosirea produselor farmaceutice și cosmetice se va face cu avizul specialistului în funcție de calitatea părului. Alimentația va fi complexă, viața ordonată și fără excese (consum de alcool, cafea, tutun), evitarea stărilor de stres psihic, a intemperiilor (capul descoperit pe timp geros, viscol).

Dr. Vasile GRĂDINĂ

DIAGNOSTICUL ULCERULUI

Un nou test al respirației va face ca în curînd depistarea ulcerului să fie mult mai facilă. Pînă nu de mult, medicii priveau în interior și recoltau, adesea, o probă din stomac pentru a identifica bacteria numită „Campylobacter pylori”, suspectă de a

produce ulcerul peptic. Această înseamnă că pacientul respectiv era nevoit să înghită un endoscop de grosimea degetului inelar. Noul test nu cere pacienților decît să bea un pahar cu apă care conține uree, o substanță cristalină ce se găsește și în organism, tratată cu o formă inofensivă de carbon. Dacă stomacul conține bacteria, ureea se descompune în amoniac și bio-

xid de carbon, gaze ce pot fi detectate în respirația pacientului cu ajutorul unui spectrometru cu izotopi, sub formă de gaze. Cît de corect este noul test? Într-un studiu efectuat pe 26 de bolnavi, testul a depistat bacteria la fel de corect ca în cazul unei biopsii. Medicii de la Facultatea de medicină Baylor din Houston speră ca, începînd cu anul viitor, noul test să fie folosit pe scară largă.



Grafică Mariana IONESCU

O POVESTE ADEVĂRATĂ

Călătoria cu tramvaiul, la anumite ore, nu este chiar atât de neplăcută după cum susțin unii. Ba uneori e chiar amuzantă...

Stăteam în față lângă vatman — locul meu preferat — cu încă trei persoane, printre care un bătrînel scundac, tuns mărunt la ceafă, cu un semn — o pată neagră, cit un dinte de porumb — după urechea stîngă.

Bătrînelul avea un fir sfîtos la vorbă, că te prindea pe loc și, pînă să-ți dai seama, erai înfășurat. Vagonul tocmai trecea prin fața unui tribunal de sector, cînd bătrînelul, privind lung spre clădire, a oftat și a început să spună următoarea poveste.

Era unul, nu mai știu cum se numea, n-are importanță, venise de la Buzău să lucreze în capitală. A lucrat el cit a lucrat, dar într-o zi, văzînd nevastă-sa că de cinci luni, de cînd s-a transferat, n-a dat pe-acasă, și-a luat inima-n dinți și s-a repezit la București. De la gară s-a dus direct la Minister, unde avea el slujba. Bărbatul n-a fost deloc încîntat văzînd-o dînd buzna în birou cu valiza în mînă. A luat-o repede:

— Ce-i cu tine aici? De ce ai venit, așa pe nepusă masă?

— Cum pe nepusă masă? I-a înfruntat ea. Tu vorbești? De-atîta timp n-ai mai venit acasă, de scris nu mi-ai mai scris... Ce s-a întîmplat?

S-a înfuriat el, s-a înverșunat ea, scandalul nu mai putea fi oprit. Pînă la urmă a ieșit la iveală că pricina nu era alta decît o secretară

tinerică și cu mare trecere la bărbați.

— Asta-i situația, i-a spus soțul femeii, care rămăsese cu gura căscată. Nu mai rămîne decît să dau divorț.

— Te-a zăpăcit secretara aia chiar atât de rău? Gîndește-te bine ce faci.

— Trebuia să mă fi gîndit înainte să te fi luat.

— Avem un copil de trei ani.

— Să fie sănătos!

— Și un altul care ne vine...

— Nu-i al meu. Am dovezi sigure că m-ai înșelat.

Dezamăgită și umilită de minciuna pe care i-o aruncase în față, nevasta s-a întors cu primul tren acasă. Peste puțin timp a primit citație de divorț și s-a prezentat la tribunal, chiar la cel pe lîngă care am trecut adineaori. În fața judecătii, soțul n-a dat nici o clipă înapoi.

— Ne despărțim, onorată instanță, a spus el, fiindcă eu am muncă de răspundere, sînt economist principal la Minister. Direcțiunea mi-a trasat sarcini importante, sindicatul mă întreabă cum le-am îndeplinit, iar dumneaei, în timp ce eu luptam din răsputeri, fără să țină seama de truda mea, m-a înșelat.

După el au urmat martorii. Erau doi. Primul a vorbit cel de ocupație „pe cont propriu”, cunosînd din familie, pe soții în cauză.

Acesta a spus:

— În urmă cu o jumătate de an, mai exact în seara zilei de 6 ianuarie, ducîndu-mă în interes de serviciu la Buzău, m-am pro-

domiciliul soților unde am găsit-o doar pe dumneaei. Eu n-aș fi rămas la masă, dar dînsa a insistat, așa că am rămas și peste noapte...

— Nu-i adevărat! Minte, tovarășe judecător! a strigat cu disperare femeia.

A urmat cel de-al doilea martor, un fost gestionar abia scăpat dintr-o anchetă.

— Să vedeți cum a fost, tovarășe judecător, a zis el. Eu am cunoscut-o pe pîrită, soția tovarășului, fiindu-mi recomandată chiar de soțul dînsiei, cu care m-am împrietenit într-o stație de autobuz. Plecînd cu niște treburi la Buzău, sînt vre-o șase luni de-atunci, m-am gîndit să trec și pe la dumneaei. Tovarășa m-a primit frumos, a insistat să rămîn la masă. Băusem un pahărel de vin, dumneaei, ce să zic, singurică, simpatică... oameni sîntem! Acum, drept să vă spun, îmi pare rău.

— Minte! țîșni femeia de pe bancă. Nu-l cunosc, tovarășe judecător! E un mincinos!

Cînd i s-a dat cuvîntul, de enervare, nevasta economistului principal nici nu mai putea vorbi. A început să plîngă și asta a fost toată pledoaria ei.

Slujitorii dreptății i-au ascultat cu atenție pe toți și au înțeles nevinovăția femeii.

În cele din urmă s-a dat sentința. A rostit-o judecătorul:

— Date fiind probele aduse de soț, tribunalul hotărăște desfacerea căsătoriei. Întrucît din căsătorie a rezultat un copil, în vîrstă de trei ani, acesta va fi încredințat mamei, iar fostul soț va plăti o pensie alimentară reprezentînd treizeci la sută din salariul său.

— Cam mult! bombăni soțul.

Judecătorul continuă:

— Avînd în vedere că fosta soție, conform certificatului medical depus la dosar, mai așteaptă un copil, iar pe de altă parte țînd seama de mărturiile a doi martori propuși de reclamant, care au recunoscut a fi avut legături intime cu pîrită, instanța mai hotărăște: deschidere de acțiune împotriva acestora,

pentru a-i obliga la plata în comun și în părți egale a unei pensii alimentare de 1000 lei lunar, care va fi predată mamei pentru întreținerea, pînă la majorat, a copilului ce urmează a se naște.

Trecuseră vreo zece minute de la pronunțarea sentinței.

Cei trei bărbați plecaseră, soția ieșise și ea, încă tulburată de umilînța la care fusese supusă. Începu procesul următor cînd s-au auzit niște voci ridicate dincolo de ușa sălii de ședințe. Ba s-au auzit și niște lovituri înfundate. Peste puțin economistul și martorii săi au intrat în sală, roșii la față și cam vineți la ochi. Judecătorul îi întrebă zîmbînd:

— Ce-i cu dumneavoastră?!

— Eu, de fapt, îmi iubesc nevasta, a zis economistul spășit. Așa că vă rog să-mi spuneți dacă se mai poate... Adică ce trebuie să fac ca să...

Și acum, zise bătrînelul îndreptîndu-se spre coborîre, să vedeți drăcie: nevasta, care plînsese tot timpul, nu vroia să se mai împace. Susținea sus și tare că nu-i mai trebuie soț și, la urma urmei, o viață nouă poate începe oricînd.

Din păcate, ușa vagonului s-a deschis și bătrînelul sfîtos și mucalit a coborît făcîndu-ne, de jos, semn cu mîna, iar eu am rămas teribil de intrigat.

Mă gîndeam cît de rău am făcut că nu l-am întrebât cum îl cheamă și unde locuiește. L-aș fi căutat acasă cu rugămîntea de a-mi spune cum s-a sfîrșit povestea cu divorțul. Poate îl întîlniți dv. E un ins scundac, tuns mărunt la ceafă, cu un semn — o pată neagră cît un dinte de porumb — după urechea stîngă.

Maria ARSENE

(urmare din pag. 55)

mama este fumătoare, deoarece nicotina, substanță deosebit de toxică, se elimină și prin laptele matern în perioada alăptării. O altă consecință a fumatului este scăderea cantității de lapte matern, atît de necesar noului născut.

În ceea ce privește alcoolul ingerat de mama care alăptează, acesta difuzează din sînge în glanda mamară și apoi trece în lapte. Consumul de lapte alcoolizat produce sugarului tulburări nervoase, scăderea greutății și alte consecințe, iar la femeia alcoolică capacitatea de alăptare este scăzută.

Consumul de cafea de către mama care alăptează, ca urmare a trecerii cofeinei și în secreția lactată, stimulează sistemul nervos al sugarului, acesta fiind plîpînd, cu o față bolnăvicioasă, agitat și plîngăreț. Mama este alarmată de starea copilului, fără să bănuiască faptul că ea însăși este cauza producerii agitației acestuia, prin consumul abuziv de cafea.

Folosirea medicamentelor de către mamă în cursul perioadei de alăptare trebuie făcută cu

mare prudență datorită acțiunii exercitate atît asupra fiziologiei lactației, cît și posibilității de apariție a unor efecte secundare nedorite asupra sugarului. Substanțele medicamentoase prezente în circulația singelui matern trec în celulele alveolare și de aici în lapte, procesul fiind dependent de lipo sau hidrosolubilitatea lor, precum și de concentrația lor sanguină.

Unele medicamente folosite de mamă în perioada alăptării trec în secreția lactată, modificînd gustul și mirosul laptelui matern, ceea ce îl face pe sugar să refuze suptul, iar alte medicamente influențează scăderea laptelui matern, atît de necesar nou-născutului.

O importanță deosebită prezintă eliminarea unor medicamente nocive prin glandele mamare, mai ales în perioada de lactație, fenomen ce constituie un risc potențial pentru o serie de tulburări sau chiar accidente grave la sugari.

Dezvoltarea normală a nou-născutului depinde, în primul rînd, de conduita mamei în perioada alăptării, de grija acesteia de a-i asigura un lapte nepoluat de agenți nocivi.



LÎNA PURĂ VIRGINĂ, CALITATE ȘI DURABILITATE

Cu un aspect frumos, care se menține în timp, și de foarte bună calitate, lina pură virgină este de neînlocuit.

Numai lina își păstrează forma și se comportă atât de bine la purtare.

Lina pură virgină — o investiție pentru viitor.

23 de întreprinderi specializate din cadrul Ministerului Industriei Ușoare realizează produse cu însemnul WOOLMARK.

WOOLMARK



LÎNĂ PURĂ VIRGINĂ

WOOLMARK — O GARANȚIE A CALITĂȚII

MODĂ ȘI COSMETICĂ

CÎND AȘTEPTĂM UN COPIL...



...moda nu mai poate fi principala noastră preocupare, dar nu trebuie să rămână nici ultima și cea mai lipsită de importanță. Puțină cochetărie nu strică nici în lunile de așteptare, ci dimpotrivă!

Tradiționala și clasică linie „prémaman”, cu ampolare de sub bust, poate fi asociată cu tendințele model de sezon. De pildă: 1) Rochia poate avea un volan amplu și un guler mare, brodat sau mărginit de dantelă, detașabil și înlocuibil cu altul, de altă formă sau culoare; 2) Același gen de croială poate fi asociat cu o vestă detașabilă – uni sau în culoarea și imprimeul volanului, gulerului și manșetelor. Vesta poate fi realizată și din croiala rochiei, dînd doar impresia de două piese; 3) Pentru cele foarte tinere – care nu pot renunța la obișnuința și comoditatea de a purta pantaloni – le propunem o salopetă cu ampolare de sub linia bustului. Are avantajul comodității și, de asemenea, că se poate asorta cu diferite tricouri sau bluze.

COSMETICĂ LA DOMICILIU

Pentru prospețimea și suplețea pielii feței aplicăm, în funcție de sezon, următoarele **măști**:

- 50 g de fragi și o linguriță de miere de albine bine amestecate; se lasă 30 de minute (ridurile se atenuează, porii se închid).

- Pisăm bine un pumn de tulpini de păpădie, apoi stoarcem printr-un tifon. Amestecăm sucul obținut cu puțin lapte crud. Cu soluția obținută fricționăm ușor fața pentru a îndepărta toate impuritățile.

- Amestecăm bine morcov ras, caimac de lapte și miere de albine, albuș bătut spumă (în cantități egale); se menține pe față 20 de minute (pentru ten uscat).

- 3 prune roșii și puțin ulei de măsline bine amestecate; se menține pe față 20 de minute (mască astringentă).

Loțiuni și comprese

- Pentru tenuri grase (seбореice): comprese calde cu infuzie de podbal (1 lingură la 100 ml de apă); comprese cu infuzie de frunze de nuc (4 linguri la o cană), cu efect astringent; comprese cu infuzie de frunze de salvie (o lingură la 100 ml de apă), de cimbrisor sau de



cimbru (o lingură la 100 ml de apă), cu acțiune astringentă și antiseptică; loțiuni cu infuzie de frunze de mentă (50 g la 1 litru de apă) cu acțiune antiseptică.

- Pentru tenuri iritate, înroșite se recomandă aplicarea de comprese cu infuzii de coada șoricelului (o lingură la 100 ml de apă); flori de mușetel (1-1/2 linguri la 100 ml apă); loțiuni cu infuzie de muguri de pin (2-3 linguri la cană).

- Pentru ameliorarea cuperozei se aplică comprese cu infuzie preparată din o lingură de flori și frunze de nalbă de cultură la 100 ml de apă sau decoct obținut din o lingură de rădăcină de nalbă mare la 100 ml de apă.

Combaterea mătreții

- Se fac băi, în funcție de sezon, cu una din infuziile următoare: frunze și rădăcini de urzică (40-50 g/l de apă), flori de mușetel (3 linguri la o cană), frunze de nuc (50 g/l de apă), cimbru de cultură (3 linguri la o cană).

Remedii rapide

- Sucul de morcov în amestec cu suc de lămie dă strălucire tenului.

- Sucul de roșii, bine amestecat cu lapte, îndepărtează celulele moarte de pe față.

- Compresă din decoct de semințe de pătrunjel, păstrată o noapte, asigură decongestionarea gleznelor.

PENTRU OCAZII SPECIALE

...moda acestui an ne propune o siluetă su-
plă - cu toată dificultatea întreținerii ei - pen-
tru rochiile sau taioarele foarte feminine, cu
linie și croială foarte apropiate de corp, redescoperind frumusețea naturală a acestuia, cu
accente feminine pe umeri, talie și șolduri,
foarte bine marcate prin pense sau basc. De-
colteurile sînt nelipsite și mai mult sau mai
puțin îndrăznețe.

Materialele propuse sînt prețioase, fluide,
elegante: catifea, mătase, satîn, tafta ș.a.

Ca lungime, tivurile se opresc în jurul ge-
nunchiului, chiar mini - 15 cm deasupra lui
pentru siluetele tinere sau „eleganta” lungime
la jumătatea gambei.

Aceste rochii sau taioare - în culori intense:
negru, roșu, verde ș.a. - pot fi înobilate de
nasturi din strasuri sau perle sau completate
de accesorii foarte moderne, ca: flori, funde,
bijuterii, mănuși ș.a.

IDEI PRACTICE



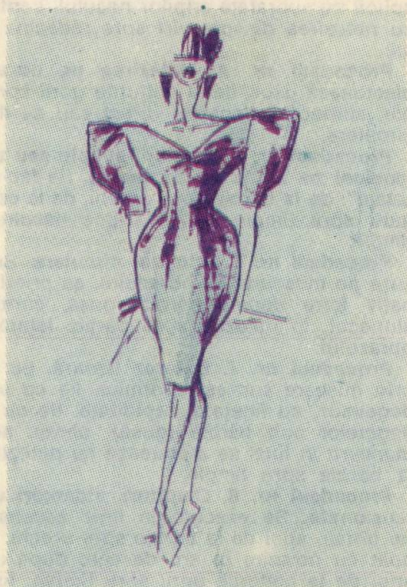
O rochie de care ne-am cam plictisit, dar ne place
încă materialul și culoarea, poate deveni din nou
foarte modernă, cu puțin efort și multă... imaginație.

Păstrăm corsajul, adăugîndu-i, eventual, dantela
sau colțșori la decolteu și mîneci, iar fusta o re-
croim sub forma unui șorț în față și spate.

Din alt material, imprimat în carouri sau flori,
asortat coloristic cu rochia noastră, ne facem o cor-
seletă foarte modernă care strînge bine talia cu un
șiret. Din același imprimeu ne facem și o jupă foarte
creață, marginită de dantelă sau colțșori.

Cu această ocazie am modernizat și lungimea, fi-
xînd-o deasupra genunchiului.

Obținem astfel un ansamblu cochet și foarte mo-
dern.



Maria FLOREA
schite Mihaela ILINCA

AUTOMASAJUL FACIAL

Automasajul facial este necesar seara, fiind igienic și totodată plăcut, odihnitor, relaxant, în special după demachiat. Automasajul feței se aplică pe un ten curat, fără acnee sau altă infecție.

Alunecarea miinilor va fi favorizată de crema folosită, care trebuie să fie cea potrivită naturii tenului. Automasajul facial se efectuează cu finețe și se realizează prin mișcări făcute cu buricele degetelor, în special ale celor mijlociu și inelar.

Manevrele automasajului facial se vor aplica după cum urmează:

Procedeul nr. 1. Netezirea frontală. Se execută de la sprincene spre păr.

Procedeul nr. 2. Fricțiuni circulare ale frunții. Se aplică pe zona ridurilor, începând de la colțul extern de sub ochi și în continuare pe deasupra ochilor, pe pleoapă; se execută cu mîna de aceeași parte, mîna opusă susținînd sprînceana ridicată pentru ca pielea să fie bine întinsă.

Procedeul nr. 3. Fricțiuni circulare. Se aplică pe suprafața aripilor nasului, continuate cu netezirea dinspre vîrf spre rădăcina nasului.

Procedeul nr. 4. Netezirea pe obraji. Se efectuează ușor, de la colțurile gurii spre temple, alunecînd degetele direct sau cu mișcări circulare.

Procedeul nr. 5. Presiuni simple sau ușoare tensiuni pe loc și cu deplasare. Se fac în trei „etaje”: de la bărbie spre urechi, de la colțurile gurii spre temple, de la aripile nasului spre temple.

Procedeul nr. 6. Fricțiuni circulare. Se execută pe musculatura obrazului; se prind alternativ între degete bărbia, gușa, continuînd alunecat, în netezire spre părțile laterale ale obrazului.

Procedeul nr. 7. Baterea ușoară. Se aplică prin mișcare succesivă ritmică fie cu pulpele degetelor, cu finețe și rapiditate, fie cu dosul degetelor sub bărbie (gușa), obraji; această manevră în final se atenuează cu netezirea de la bărbie spre temple.

Procedeul nr. 8. Ciupituri, stoarceri ușoare tensionate. Se execută în linie ascensională pe obraji, apoi de la bărbie spre urechi, continuat cu netezire în arc de cerc după urechi, apoi de la colțurile gurii spre temple, finalizat cu netezire circulară în formă de volută (melc), punctată central, în final, pe temple.



1



2



3



4



5



6

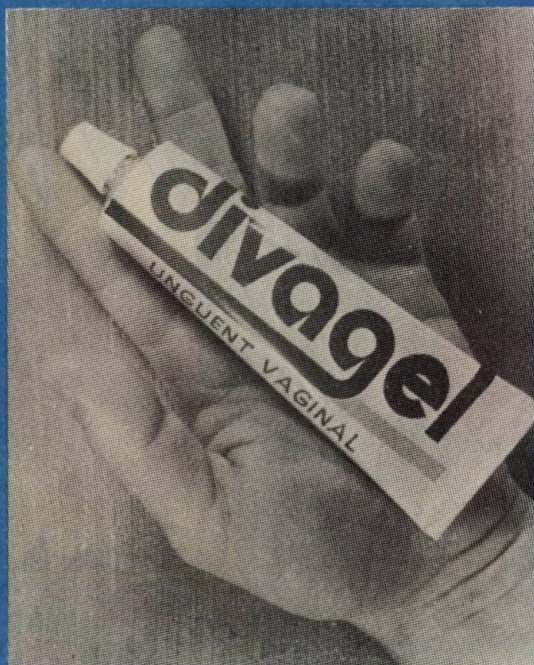


7



8

NOI MEDICAMENTE



DIVAGEL

Mod de acțiune: Prin conținutul său în diacetylhexestrol, unguentul vaginal DIVAGEL, realizat de Întreprinderea de produse cosmetice „Nivea”—Brașov, determină la nivelul mucoasei vaginale, cervicale și vulvare ameliorarea proliferării celulare, refacerea epitelului, dezvoltarea rețelei vasculare cu tendința de normalizare a pH-ului local favorabil menținerii unui echilibru al germenilor habitualii.

Indicații: Lipsit de efecte hormonale sistemice, unguentul vaginal DIVAGEL este indicat în tratamentul preoperator al pacientelor cu rupturi de perineu, distrofii vulvo-vaginale, sclero-atrofice, krauosis vulvar, cervicite după electrocoagulare, cistometropatii endocrine.

Mod de administrare: După sfatul medicului specialist.

Prezentare: Tuburi de 60 grame.



Producător: Întreprinderea de produse cosmetice „NIVEA”—Brașov.



CEC

Deprinderea de a fi econom se formează și se dezvoltă din anii copilăriei până la adinci bătrineți.

Cu cît economisirea incepe mai devreme cu atît satisfacțiile vor fi mai mari.



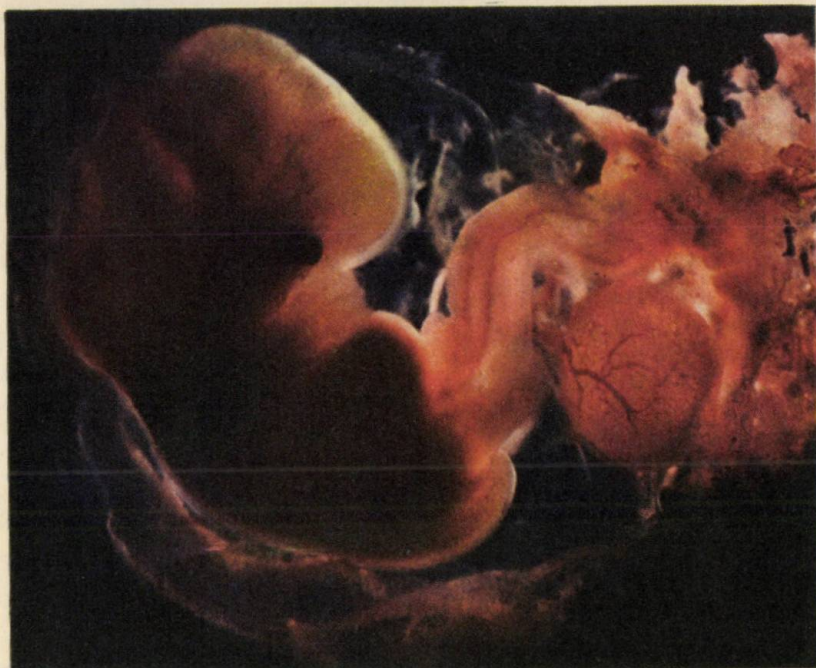
SPECTACULOASA LUME A MICROSCOPULUI

Fotografia la microscop — fie el obișnuit, fie electronic și cu o mulțime de sisteme sofisticate — ne dă posibilitatea să cunoaștem cele mai intime aspecte din interiorul organismului uman sau poate dezvălui cum se produc anumite procese fiziologice ori imbolnăviri. Unele din imaginile următoare sînt mărite doar de 3—4 ori, în timp ce altele de 80 000 de ori; sînt, însă, și câteva fotografii la care nu a fost nevoie de microscop, ci doar de niște tehnici speciale. Reproducem în aceste pagini cîteva dintre cele mai spectaculoase imagini din organismul uman, selectate din volumul *The Incredible Machine*, editat de National Geographic Society.



1. Celulele spermaticе inconjurind un ovul. La o ejaсulare sînt eliberați aproximativ 500 de milioane de spermatozoizi, din care cam 500 ajung în trompa uterină, unde unul singur fertilizează ovulul.

2. Embrionul la vîrsta de 6 săptămîni.





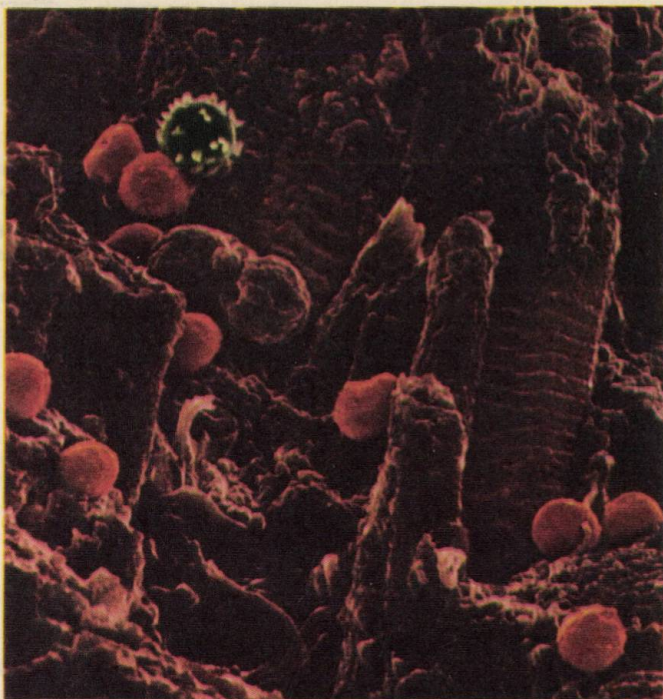
3. Un cheag mare de singe, numit trombus, oprește circulația singelui prin vase. Cînd e situat în artera coronară (în secțiune, în imagine) poate provoca moartea. Cîteodată trombusul se desprinde de pereții vasului. El este numit embolus și circulă odată cu singele pînă cînd ajunge într-un vas mic și subțire, unde se blochează, și oprind circulația determină embolia.



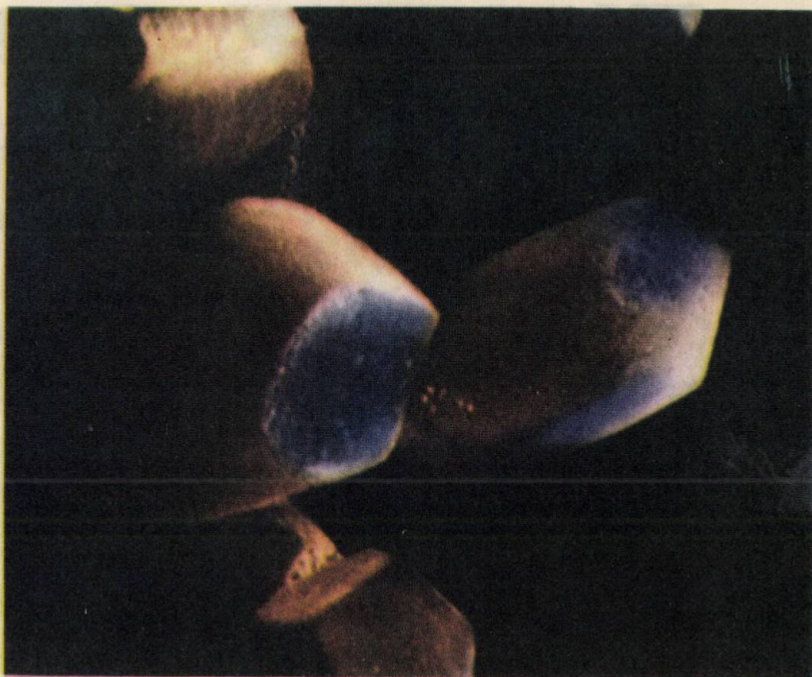
4. În procesul de coagulare, rețeaua de fibrină fixează globulele roșii și celelalte elemente figurate ale singelui.

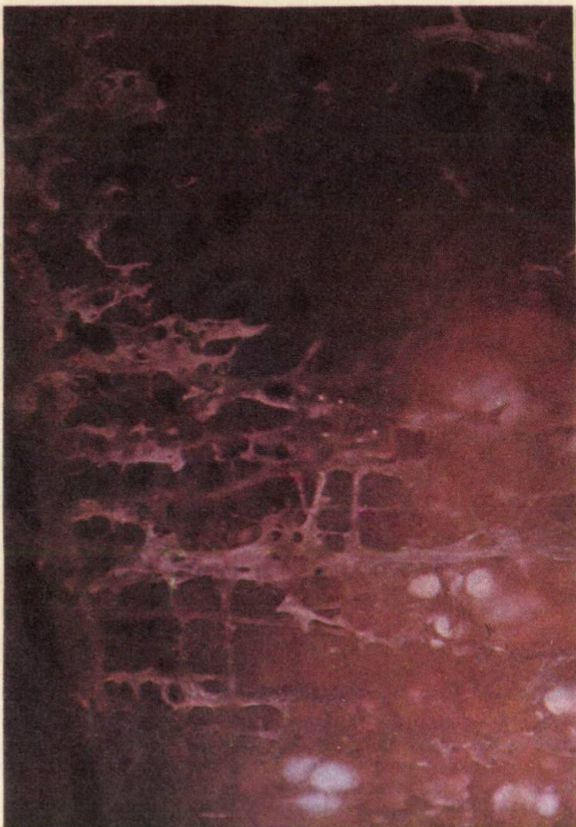


5. Moartea mușchiului inimii, în cazul infarctului miocardic (așa-zisul atac de inimă), se produce când celulele mușchiului cardiac sînt lipsite de singele ce conține oxigen. Celulele moarte (care au culoarea maro), nu mai prezintă striatiile mușchiului normal (de culoare roșie).



6. Două organe vestibulare, sacula și utricula, care conțin receptorul analizorului vestibular, sînt acoperite cu o membrană în masa căreia se găsesc niște cristale prismatice, numite otolite (în imagine). Când capul își schimbă poziția relativă față de pămînt, otolitele incovoale ciliile celulelor senzoriale, care transmit impulsuri nervoase la creier.





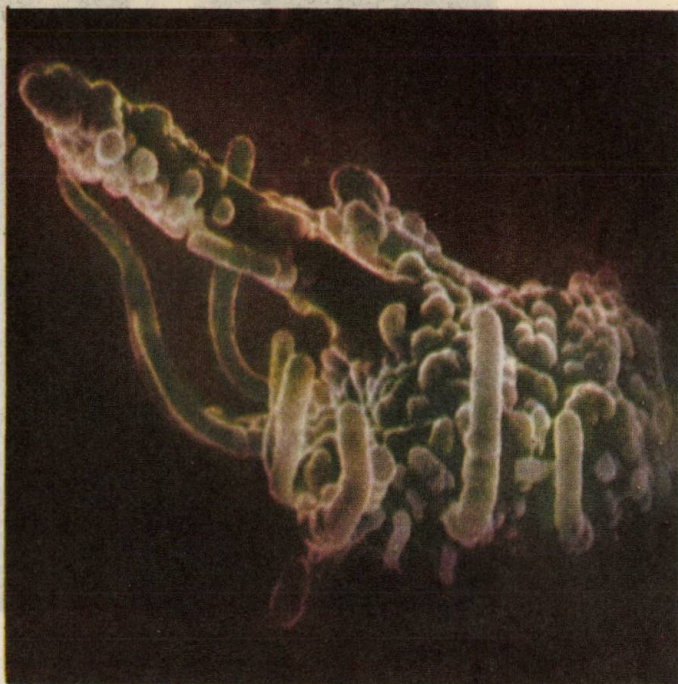
7. Osteoporoza este o boală în care, după cum arată și numele, osul e poros, cu largi spații goale, ca niște zăbrele, fiind datorată nivelului scăzut de calciu din organism. În imagine, țesut osos al unui bărbat de 80 de ani suferind de osteoporoză.



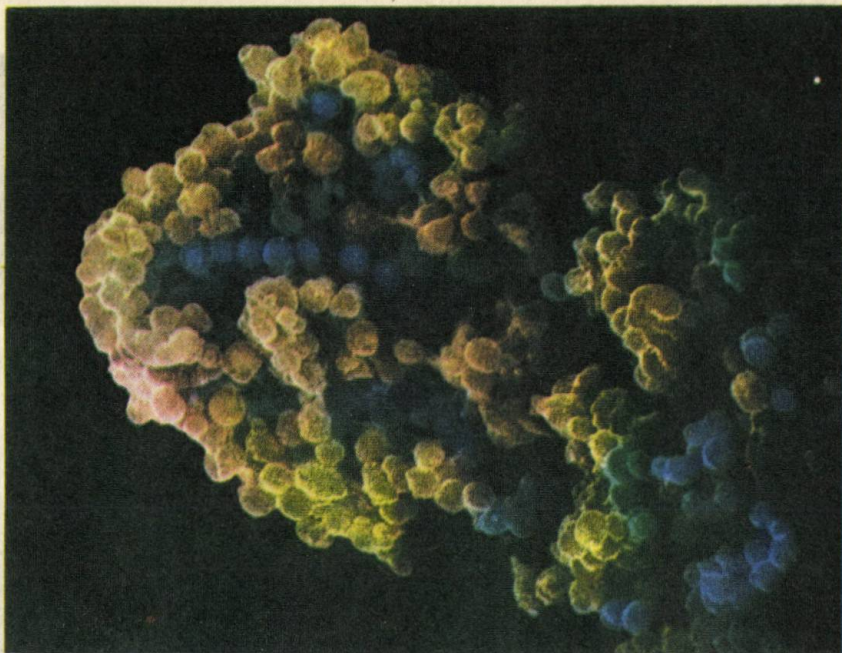
8. O pătură de celule absorbante este situată pe vilozitățile intestinului subțire. Numărul lor este imens, fiind de câteva mii pe o suprafață de doar 6 cmp.



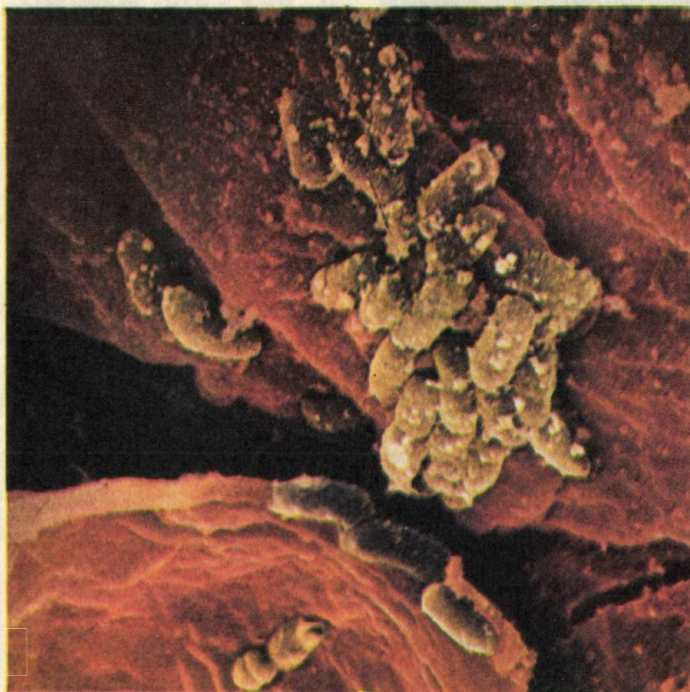
9. Ca un octopod, care-și prinde prada în cursă, macrofagele inconjoară o fibră de azbest (colorată în maro). Macrofagele rețin praful și alte substanțe străine ce pătrund în plămâni, le „mănincă” și apoi produc enzime care le dau posibilitatea să le digere. Din păcate, azbestul este o excepție, pentru că macrofagele nu-l pot digera. Ele mor în încercarea lor, lăsând fibra în plămâni. Inhalarea prelungită a acestui fel de fibre poate produce azbestoză. Victimele acestor boli suferă de inflamații și leziuni pulmonare care pot dezvolta un cancer al plămânilor.



10. Când celulele canceroase invadează țesuturile sănătoase, sistemul imunitar trece la contra-atac. Celule T (cele mici, colorate în roz), unul dintre apărătorii corpului, încearcă să distrugă o foarte mare celulă canceroasă. În stînga imaginii se văd ciliile care acoperă țesutul încă sănătos al unei bronhii atacate de cancer. Acești cili pot fi paralizați și de fumul de țigară sau de alte substanțe poluante.



11. Cind o persoană inhalează odată cu aerul și particule de polen, organismul dezvoltă anticorpi, cunoscuți sub numele de imunoglobuline E (Ig E). Acești anticorpi sosesc de urgență la mucoasele nasului, gâtului și ochilor. La următoarea inhalare de polen, Ig E declanșează o explozie în anumite celule, determinând apariția de histamine și de leucotriene (colorate în albastru), substanțe chimice care inflamează țesutul înconjurător și produc simptomele familiare celor alergici: lacrimi, mâncărime, infundarea nasului și secreții nazale.



12. Chiar dacă pielea este proaspăt spălată cu săpun și uscată cit mai curat posibil, unele porțiuni ale ei pot fi gazda a peste 3000 de bacterii pe fiecare cmp. Multe dintre acestea sînt inofensive, dar altele pot fi dăunătoare sau pot „înșela” sistemul de apărare al corpului, care devine vulnerabil la „invadatori”.



Selecție și
reproduceri color
Ovidiu HUIBAN

DIETOTERAPIE



Interviu cu conf.dr. Constantin DUMITRESCU de la Clinica de nutriție și boli metabolice a Spitalului „Dr. I. Cantacuzino”.

— *Pe drept cuvânt se afirmă că regimul dietetic reprezintă o componentă importantă a tratamentului oricărei afecțiuni, mai ales ale celor cronice și degenerative. Care este, deci, aportul terapeutic al unei diete?*

— Elementul terapeutic, cu care specialiștii din totdeauna au fost de acord fără rezerve și care niciodată nu a putut fi înlocuit, a fost dieta. Și este și normal să fie așa, fiindcă modul de alimentație este cel mai important element de sanogeneză, iar morbiditatea actuală, pe toate meridianele lumii, este tot mai strâns legată de această problemă. De altfel, este suficient să amintim despre bolile degenerative cardiovasculare, care constituie o importantă cauză de morbiditate și mortalitate în lume, și au la bază deficiențele unei alimentații neștiințifice alături de modul de viață al omului zilelor noastre, de consumul de tutun și alcool. După cum tot la fel de adevărat este și faptul că nu există suferință care să nu beneficieze, într-o măsură mai mare sau mai mică, de dietoterapie, judicios prescrisă și urmată cu consecvență. Pentru unele afecțiuni, cum ar fi diabetul zaharat, obezitatea, guta, afecțiunile gastro-intestinale, hepato-colecistice și pancreatice, dieta acoperă tratamentul aproape în totalitate în multe din cazuri sau, oricum, nu se poate concepe un plan terapeutic fără stabilirea în primul rând a regimului dietetic. Același lucru se poate spune și despre bolile cardiovasculare, renale, anemiile nutriționale etc. Mai mult decât atât, date epidemiologice mai recente susțin că 1/3 din cazurile de cancer la bărbați și 2/3 la femei sînt corelate sub o formă sau alta cu modul neștiințific de alimentație.

— *În practica medicală, de-a lungul anilor, în funcție de genul afecțiunii și de eventuale maladii asociate, s-au folosit de către medici și nutriționiști o serie întreagă de regimuri dietetice, precum genurile de regim desodat sau declorurat, sărac în protide, hiperazotat, sărac în grăsimi, alcalinizant și acidifiant, antidiabetic, de crutare sau de repaus gastric etc. Cîte dintre acestea mai sînt folosite, mai sînt în actualitate?*

— Unele deprinderi dietetice își au originea în medicina tradițională, izvorăsc din observația și practica milenară a poporului, care a găsit remediul diverselor boli în plante sau în unele proceduri naturale. Cele cu caracter fantezist au fost scoase din uz, neavînd fundament logic și o argumentare științifică. Altele s-au menținut pînă astăzi și sînt încă folosite în alimentația dietetică. Dar, oricum, nu poate fi vorba de îndepărtarea totală a unui anumit

tip de regim care are o bază științifică. Ele au fost îmbunătățite, adaptate, modificate pe măsură ce știința alimentației, biochimia și tehnologia alimentară au adus date noi, care verificau autenticitatea și oportunitatea unor practici dietetice sau argumentau lipsa de suport științific ale acestora, ce se cereau înlăturate. Așa că asistăm în dietoterapie, ca și în alte domenii, la o evoluție a cunoștințelor, în care noul se adaugă și ridică pe o treaptă calitativ superioară vechile date, care au fost validate de practică și de știință.

Pentru unele regimuri cunoscute și aplicate de multă vreme — cum este cel declorurat, hipoproteic, alcalinizant — datele noi ale științei le-au fundamentat și le-au stabilit criteriile fiziopatologice de aplicabilitate practică. Alte regimuri au avut o evoluție foarte sinuoasă și controversată, cum este cel din diabetul zaharat, care a început prin a fi hipoglicemic și hipolipidic și redus caloric, a trecut prin regimul hipoproteic, ca să ajungă astăzi la un regim foarte apropiat de cel normal, adică normoglicemic, normolipidic și normoproteic, cu condiția excluderii glucidelor rafinate și concentrate și a derivatelor acestora, bineînțeles sub control strict medical și uneori cu asocierea insulinei sau a medicației orale antidiabetice.

— *De fapt, care este acțiunea farmacologică a principiilor nutritivi ale unei diete? Regimul dietetic poate suplini o medicație?*

— Influențarea unor procese patologice, intervenția pe unele verigi patogenetice, prin modificarea modului de alimentație, constituie cea mai imediată, cea mai „fiziologică” măsură de a acționa asupra procesului morbid. Intervenind prin modificarea principiilor alimentare, a raportului dintre ele sau a ponderii pe care o dețin în rație, evităm, în foarte multe cazuri, aplicarea unor droguri, care, cel mai adesea, sînt însoțite de reacții adverse sau de complicații nu rareori mai grave decît boala



de bază. O statistică făcută în Anglia arată că 20—25 la sută din cazurile internate în spital se datorau consecințelor anumitor medicamente consumate în exces sau cu indicație inadecvată. Din păcate, însă, se mai exagerează cu practica administrării medicamentelor acolo unde simple măsuri dietetice ar duce la rezultate mai bune, puțin costisitoare și mult mai sigure pentru bolnav.

Ne-am obișnuit să recomandăm cu prea multă ușurință un diuretic acolo unde am obține rezultate mult mai bune prin prescrierea unui regim declorurat. Indicăm tot felul de droguri și de hormoni în tratamentul obezității, acolo unde ar trebui să fim foarte fermi prin prescrierea și urmărirea cu consecvență a unui regim hipocaloric. Nu mai vorbim de folosirea anticoagulantelor, hipolipemiantelor în ateroscleroză, ocolind din comoditate sau din ignoranță unele indicații dietetice privind calitatea și cantitatea alimentelor în general și a lipidelor din rație în special. Această presupune însă unele cunoștințe de dietetică practică, cunoașterea conținutului principalelor alimente în colesterol, sodiu, acizi grași saturați sau polinesaturați, oligoelemente, vitamine etc.

— Se știe că alimentația obișnuită aduce între 3 până la 5 g de sare (clorură de sodiu) pe zi, mai ales din pâine, lactate, la care se mai aduagă, după gust, în momentul pregătirii sau la masă, încă alte 10—15 g, deși în mod normal 1 g de sare ar fi arhisuficient ca să satisfacă nevoile organismului. De altfel, există o relație strânsă în lichidele organismului între sare și apă, în sensul că atunci când organismul este incapabil să elimine prin urină excesul de sare consumat acesta reține apă formând edeme în proporție de 1 litru pentru 8—9 g de sare. Care dintre cele două componente ale sării — clorul și sodiul — este răspunzător de această retenție și în ce mod? În ce afecțiuni este recomandat regimul desodat, declorurat și cât timp se administrează? Ce contraindicații are el?

— Sodiul este principalul electrolit al lichidului extracelular cu multiple funcții în organism, în special în menținerea balanței hidrice, a presiunii osmotice și a echilibrului acidobazic. Există o mare variabilitate individuală privind aporturile alimentare de sare, în funcție de obiceiurile alimentare, de zona geografică și de diversitatea alimentației. Consumul global zilnic de sare reprezintă, în adevăr, mai mult decât dublul necesităților zilnice pentru menținerea în echilibru a balanței sodiului.

Rinichiul este organul care adaptează eliminările de sodiu în funcție de aportul acestuia, astfel încât să nu existe variații ale sodiului total și să se mențină un bilanț nul. Eliminările renale de sodiu sunt dependente de sistemul renină-angiotensină-aldosteron. Consumul crescut și prelungit al sării de bucătărie sau al alimentelor cu conținut crescut în sodiu este corelat cu riscul crescut pentru hipertensiunea arterială, deși după unii cercetători este necesară și o predispoziție genetică pentru boala hipertensivă.

În unele afecțiuni cardiace, renale sau hepatice se produce o retenție anormală de sodiu

în organism, cu o cantitate echivalentă de apă. Simptomul clinic principal este apariția edemelor, situație în care se recomandă regimul desodat, care se menține până la restabilirea balanței sodice cu dispariția edemelor.

Regimurile desodate sunt în general de două tipuri: regimul fără sare „standard”, obținut prin suprimarea pînii sărate, a conservelor și a adaosului de sare la mâncare, care conține 2,5—3,5 g clorură de sodiu, deci 1000—1400 mg sodiu; regimul strict desodat, care suprimă în plus brînzeturile, laptele, margarina, ouăle, pastele făinoase, biscuiții, prăjiturile, ciocolata, conținând 250—300 mg sodiu, este indicat pe o durată scurtă de timp și numai în cazuri excepționale, sub strictă supraveghere medicală. Este de menționat faptul că dietele ce conțin sub 1000 mg sodiu devin deficiente în alte substanțe nutritive, sunt monotone și lipsite de gust datorită interzicerii a numeroase alimente sapide.

Regimul desodat este contraindicat în afara retenției sodice și a prezenței edemelor. Administrarea suplimentară de sodiu este necesară după sîngerări mari, transpirații mari, vărsături repetate, diaree prelungite, arsuri, insuficiență corticosuprarenală, unele boli cronice renale și după consumul prelungit de diuretice. Cît privește clorul, multă vreme metabolismul acestuia s-a asimilat în acela al sodiului, fapt infirmat de date mai noi, care au stabilit că cele două metabolisme nu sînt identice și că pot exista hiper și hipocloremii independente de orice modificare a natriemiei. Oricum, consumul de sare asigură larg nevoile de clor ale organismului în condiții normale.

— Se spune că organismul uman, ca să trăiască, are o nevoie minimă de 4—5 g de azot sau 25—30 g protide alimentare pe zi. Dar o rație alimentară obișnuită necesită mai mult decît acest minim teoretic, adică circa 0,5 g/kilocorp pentru un adult. Care sînt alimentele bogate în protide și în ce categorie de afecțiuni cantitatea de protide trebuie să fie mai redusă, mai săracă? În ce cazuri se recomandă o suprimare totală a proteinelor, respectiv regimul lui Borst? Dar regimul de orez, fructe și zahăr?

— Proteinele fiind elementul plastic, formativ din rația zilnică, nu se poate concepe viața, dezvoltarea, reproducerea, păstrarea capacității de muncă în afara consumului lor. Pentru acest motiv, cele mai multe discuții privind rația minimă necesară organismului s-au dus în jurul rației proteice. Minimumul fiziologic necesar pentru a se menține în echilibru balanța adoptată este de 0,5 g proteine pe kilocorp, adică 25—35 g proteine zilnic, cu condiția ca acestea să fie în exclusivitate proteine cu valoare biologică crescută, adică proteine de origine animală (lapte, brînză, ouă, pește). În realitate, rația proteică optimă fiziologic este de 1,2—1,5 g proteine pe kilocorp de greutate ideală (teoretică) sau 11—15 la sută din rația calorică zilnică trebuie să fie compusă din proteine cu valoare biologică mare, iar 1/3—1/2 din aceasta trebuie să fie de origine vegetală (cereale și legume).

În general, se consideră că rația proteică a unui adult care consumă 3 000 de calorii nu trebuie să coboare sub 100 g/zi. Necesitatea acestora se datorește și faptului că în rația proteică zilnică predomină produse de origine vegetală (cereale, legume, fructe) și, în consecință, posibilitatea obținerii în cantitate suficientă a tuturor aminoacizilor necesari (esențiali) poate fi asigurată numai utilizând o cantitate mare de proteine. În aceste condiții, proteinele de origine animală, cu mare valoare biologică, trebuie să reprezinte cel puțin 50 la sută din rația proteică.

Rația proteică se restrânge: în afecțiuni hepatice grave (ciroză decompensată), în care apar importante tulburări în metabolismul proteic, ce interesează sinteza proteică, metabolismul aminoacizilor sau funcția ureogenetică hepatică; în insuficiența renală cronică, în care în afara proteinuriei există o incapacitate a rinichiului de a epura produșii de catabolism proteic datorită reducerii irigației renale și a filtrării glomerulare. În aceste situații aportul proteic se reduce la 0,6—1 g proteine/kilcorp în funcție de gravitatea insuficienței renale.

Un regim lipsit în totalitate de proteine, adică un regim glucido-lipidic exclusiv, se recomandă în mod excepțional, pentru perioade foarte scurte, de câteva zile, când creșterea bruscă a ureei sanguine devine necontrolabilă. În aceste situații se recomandă diverse regimuri, cum ar fi: regimul Hamburger — zahăr 150 g, miere — 100 g, dulceață — 100 g, unt — 60 g, piine hipozotată — 50 g, compot de mere sau de pere — 200 g (1 800 calorii); regimul Borst, compus din: 300 g zahăr, 150 g unt și 2—3 portocale (2 500 calorii); regimul Kempner, compus din: orez, fructe și zahăr.

Există și frecvente situații când balanța scăzută a organismului se negativizează fie din cauza pierderilor mari proteice (nefroze, arsuri întinse, enterite exudative, exudate seroase), a catabolismului proteic crescut (perioadele de creștere rapidă, t.b.c., cancer etc.), sau când aportul proteic este scăzut. În aceste cazuri se recomandă sporirea rației azotate (proteice), mergând pînă la 2 g proteine/kilcorp și uneori chiar peste această cifră, ceea ce ar reveni la un individ cu greutatea ideală de 70 kg cam 140—150 g proteine pe zi.

Regimul hiperproteic presupune o funcție renală bună și prezența în dieta zilnică a unei cantități suficiente de legume și fructe care să asigure vitaminele și substanțele minerale necesare. Se va pune accentul în special pe proteinele din lapte și derivate (brînzeturi), ouă.

În hipoproteinemii secundare unor afecțiuni consumptive, exudative sau de altă natură, concomitent cu regimul hiperproteic se recomandă tratamentul bolii de bază, care a dus la deperdiția excesivă de proteine.

- Grăsimile sau lipidele se deosebesc de ceilalți factori alimentari de nutriție pe care îi aduce alimentația atît prin aportul lor crescut de calorii (9,3 calorii la 1 g) cît și prin faptul că se depozitează tot sub formă de grăsimi (țesut adipos), sînt puțin digestibile și provoacă evacuarea vezicii biliare. De aceea, regimurile sărace în grăsimi le întîlnim în cazurile afecțiunilor veziculare și ale obezității. Re-

comandați-ne cîteva rețete dietetice în aceste afecțiuni și, de ce nu, cîteva rețete utile în cura de slăbire.

— Într-adevăr, lipidele reprezintă cel mai calorigen principiu alimentar, întrucît furnizează 9 cal/gram. În același timp, ele furnizează acizii grași esențiali cu roluri importante și de neînlocuit în organism. În afară de valoarea lor energetică mare, lipidele sînt absolut necesare în rația zilnică, întrucît permit pregătirea culinară a alimentelor, diversificarea meniului și aseasonarea mîncărilor. Nu se poate concepe pregătirea alimentelor în bucătărie fără grăsimi.

În administrarea grăsimilor sînt importante mai multe elemente: cantitatea și calitatea grăsimilor din rația zilnică și modul lor de pregătire, adică gastrotehnia.

Cercetările epidemiologice au arătat că incidența bolilor degenerative cardiovasculare, care sînt cauza principală de morbiditate și mortalitate în lumea întreagă, crește paralel cu consumul de zaharuri rafinate și de grăsimi saturate (grăsimi animale). Acolo unde grăsimile ocupă peste 35—40 la sută din valoarea calorică a rației se întîlnește mai frecvent obezitatea, cardiopatia ischemică, infarctul miocardic, moartea subită. În consecință, în rația zilnică lipidele nu trebuie să depășească 25—30 la sută din valoarea calorică, avînd în vedere ca lipidele saturate și cele polinesaturate să fie în proporții egale. S-a discutat mult despre rolul aterogen al grăsimilor saturate și rolul „protector”, antiaterogen, al grăsimilor polinesaturate. Problemele sînt încă controversate, iar din punct de vedere practic este important de cunoscut că moderația, echilibrul și evitarea abuzului în consumul de grăsimi, alături de abandonarea fumatului și de un program judicios, zilnic, de mișcare, ne pune la adăpost de efectele nocive ale regimului hiperlipidic. Nici grăsimile polinesaturate, uleiurile rafinate și prelucrate industrial nu sînt așa de „protectoare”, după cum nici grăsimile saturate, consumate cu moderație, nu sînt nocive pentru organism.

În legătură cu obezitatea și cu regimul din obezitate, trebuie spus că zaharurile rafinate sînt mai lipoformatoare decît inșeși lipidele din rație. Evident că nu vom da o rație lipidică crescută în cura de slăbire (maximum 0,5—0,6 g/kilcorp/zi), dar oricum este de reținut faptul că grăsimile sînt mai puțin nocive decît zaharurile rafinate în dieta obezului. În cura de slăbire orice rețetă dietetică este valabilă dacă ținem seama de necesitatea de a se administra un regim hipocaloric, cu proteine în cantități normale, cu lipide și glucide scăzute, iar glucidele să provină numai din legume, fructe, cartofi și o mică cantitate de piine (50—100 g/zi). Nu se poate concepe o cură de slăbire fără excluderea cu desăvîrșire și pe lungă durată de timp a zaharicalelor, a dulciurilor și făinoaselor, a alcoolului de orice fel.

De o deosebită importanță este gastrotehnia lipidelor. Acestea vor fi administrate crude (unt, margarină, ulei), adăugate pe salate sau

pe pireuri fierbinți sau fierțe în mâncare (ulei, untură, slănină) și niciodată prăjite sau în- cinse pînă la fumegare.

- *Ce semnificație terapeutică are un regim alcalinizant lacto-vegetarian și în ce grupe de afecțiuni își găsește utilizarea? Ce contraindicații are?*

— Alimentele care conțin o cantitate preponderentă de anioni produc reziduuri acide, dependente deci de mineralele prezente în aceste alimente. Este cazul cărnii, peștelui, ouălelor, brinzei și cerealelor, care, metabolizate, liberează un exces de anioni ce trebuie echilibrați cu anumiți cationi.

Alimentele care produc o cantitate preponderentă de cationi dau rezidii alcaline. Acestea permit organismului să rețină mai mulți ioni bicarbonat, producînd reacție alcalină. Este cazul leumelor, fructelor, laptelui, care metabolizează, liberează un exces de cationi. În orice situație organismul pune în joc mecanismele de reglare a Ph-ului și neutralizarea mediului intern este rapid stabilită. Rinichiul, care filtrează toate elementele chimice din circulație, este principalul factor în menținerea Ph-ului normal. Excesul de rezidii acide sau alcaline provenite din alimente se răsfrînge asupra Ph-ului urinar, ce variază foarte mult (4,8—8), realizînd menținerea echilibrului acidobazic al organismului la un Ph sanguin constant, ușor alcalin (7,35—7,45).

La individul sănătos reacția alimentelor consumate nu are în mod practic importanță pentru menținerea echilibrului acidobazic. Cei care vorbesc despre aciditatea sau alcalinitatea exclusivă a unor alimente frizează lipsa de cunoștințe de fiziologie a nutriției. Problema intervenției unei reacții acide sau alcaline de origine alimentară se pune numai cînd mecanismele de reglare ale organismului sînt perturbate, deci în condiții de boală. Este cazul acidozei metabolice din diabetul zaharat sau din alte afecțiuni, cînd este necesar ca și pe cale alimentară să se introducă substanțe alcaline, sau în cazul hiperuricemiilor și a litiazei urice, cînd Ph-ul urinar este fix la 5—5,5 și cînd este, de asemenea, necesar să alcalinizăm mediul intern prin orice mijloace. În aceste situații își găsește indicația regimul zis alcalinizant, compus din legume, fructe și lapte (lacto-vegetarian-fructarian), favorizînd solubilitatea acidului uric (care precipită în mediul acid) și făcînd profilaxia gutei și a litiazei urice în hiperuricemie.

Laptele, prin efectul său alcalin, oferă posibilitatea tamponării substanțelor acide în hiperaciditatea sucului gastric întîlnit în unele gastrite hiperacide și mai ales în ulcerul duodenal.

- *Am lăsat anume la urmă regimul antidiabetic, cunoscînd rolul său major în terapia acestei boli de „cursă lungă” și conjugarea dintre regimul dietetic și insulină. În ce anume constă acest regim și ce substanțe chi-*

mice pot suplini efectul de îndulcire? Cît timp durează regimul antidiabetic?

— Diabetul zaharat este un sindrom în care dieta are rol hotărîtor. După multe încercări terapeutice, care au mers pînă la infuzia continuă subcutanată de insulină și transplantul de insule beta pancreatice sau transplantul de pancreas (cercetări care se desfășoară în continuare), s-a ajuns la concluzia că dieta și, cînd este cazul, administrarea de insulină, conjugate cu autocontrolul zilnic, sînt susceptibile să realizeze un echilibru perfect al diabetului, să-l pună pe acesta la adăpost de complicațiile tardive și redutabile ale bolii și să putem considera diabetul, așa cum ne place să o spunem adesea, „un individ cu o sănătate condiționată”. Regimul în diabet se aplică în orice formă de diabet ca atitudine inițială și ulterior, dacă valorile glicemice nu pot fi aduse în jurul normalului, se asociază un tratament medicamentos, respectiv insulina pentru diabetul de tip I și medicația orală antidiabetică pentru diabetul de tip II.

Regimul în diabet durează toată viața, chiar dacă el este modificat pe parcurs în funcție de starea fiziologică a individului, de activitate, de starea de nutriție și de afecțiunile asociate. Fiind un regim de „cursă lungă”, trebuie să fie cît mai apropiat, calitativ și cantitativ, de cel normal, cu excepția rațiilor hipercalorice solicitate de cei care depun eforturi excesive și care nu pot fi acoperite în condițiile regimului și administrării de insulină.

Față de regimul individului normal, sănătos, la care valoarea principiilor alimentare este de 55—60 la sută pentru glucide, 30—35 la sută pentru lipide și 12—15 la sută pentru proteine, la diabetici aceasta este de 45—50 la sută glucide, 30—35 la sută lipide și 15—20 la sută proteine.

Deosebirea esențială constă în acoperirea rației glucidice, care la diabetic se face „cu cîntarul” și se fixează glucidele din care se realizează rația zilnică, cu excluderea zahărului și derivatelor, a băuturilor îndulcite, a făinoaselor, fructelor uscate etc.

Aportul glucidic se va calcula și va proveni din fructe (10 la sută glucide), lapte (4 la sută glucide), cartofi (20 la sută) și piine (50 la sută). Este bine ca rația glucidică să fie fragmentată la cele 3 mese principale din zi și 1—2 gustări, avînd în vedere că bolnavul trebuie să ia 30 la sută din rație dimineața (mic dejun și gustare), 50 la sută la prînz și 20 la sută seara. În funcție de doza de insulină și de programul de administrare a acesteia se va fixa și rația glucidică. Uneori este necesară o gustare cu 15—20 la sută glucide din rație înainte de culcare.

Pentru îndulcirea unor alimente (ceai, cafea) se vor folosi la discreție edulcorantele de sinteză de tipul Zaharinei și Ciclamatului de sodiu.

Dr. George M. GHEORGHE

DIABETUL ZAHARAT

Diabetul zaharat (Dz) este cea mai frecventă tulburare metabolică, întâlnindu-se pe întregul glob. În țara noastră se apreciază că boala este întâlnită la 2—3 la sută din populație. În fiecare județ este organizat un centru de diabet, nutriție și boli metabolice, care are sarcina să trateze în modul cel mai corect bolnavii de Dz și, în același timp, să asigure depistarea activă a celor care, fiind bolnavi, nu își cunosc boala. Mai ales la adulți și la vîrstnici, Dz poate exista cu multă vreme înainte de a fi identificat, diagnosticul punîndu-se uneori numai cînd au apărut o serie de complicații ca: infecțiile, scăderea acuității vizuale, infarctul miocardic, gangrena la nivelul picioarelor, chiar coma diabetică, situații care cu certitudine puteau fi evitate. Se spune pe bună dreptate că la un diabetic cunoscut există 1—2 diabetici încă necunoscuți. La recomandarea pe care o fac unor persoane de a-și face analizele de laborator, cînd sînt necesare probe de încărcare cu glucoză pentru a se constata dacă nu au diabet zaharat, mi se răspunde: „Nu am Dz, fiindcă nu urinez mult și nu beau apă multă!” Or, acest mod de a gîndi este foarte greșit, întrucît atunci cînd urinezi mult și bei apă multă boala este într-un stadiu foarte avansat și noi dorim să o descoperim într-un stadiu foarte incipient pentru a o trata cît mai devreme, ba, mai mult, atunci cînd este posibil să prevenim apariția Dz, în primul rînd la rudele de sînge ale diabeticilor (se transmite la unii predispoziția), la obezi, la femeile care au născut copii de peste 4 000 g etc.

La cei care au risc de a deveni diabetici, cel mai important lucru este evitarea obezității și practicarea activității fizice. Fiind cunoscut acest risc, este necesară prezentarea periodică la Centrul județean de diabet, nutriție și boli metabolice pentru consult, medicul apreciînd dacă este nevoie să se facă investigații de laborator.

Nu știu cum ar fi posibil să insist în mod suficient pentru a-i lămuri pe concetățenii noștri că, în general, și nu numai cu referire la Dz, să se prezinte periodic la medic, de exemplu de două ori pe an, chiar în condițiile în care nu au nici un fel de semn de boală.

Odată identificat, Dz nu se vindecă, dar are un tratament foarte bun și ca să fie eficient trebuie ca, pe de o parte, indicațiile să fie corecte și, pe de altă parte, să fie respectate întocmai de diabetic. dat fiind că fiecare are forma lui de Dz, fiecare are tratamentul lui, și acesta îl stabilește medicul specialist. Acest tratament are totdeauna ca formă componentă respectarea unei alimentații adecvate, atît în ceea ce privește numărul de calorii, cît și principiile alimentare (glucide, proteine și lipide), fiind obligatoriu să se specifice alimentele care pot fi folosite, împărțirea lor pe timpul

unei zile în 3—5 mese, din care trei mese principale. Este de importanță capitală ca persoana respectivă să respecte întocmai indicațiile de alimentație, ceea ce într-adevăr nu este ușor, dar efortul respectiv va fi răsplătit din plin, prin obținerea echilibrului metabolic dorit și astfel va fi posibilă evitarea complicațiilor de tot felul. Medicul, personalul mediu sanitar asigură o discuție largă cu diabeticul pentru a i se pune la dispoziție toate cunoștințele de care are nevoie, în legătură cu întocmirea alimentației (care de altfel poate fi de o mare diversitate, din care nu pot lipsi niciodată legumele și fructele bogate în vitamine, săruri minerale și fibre alimentare). În plus, diabeticul trebuie să știe cum să-și administreze medicamentele antidiabetice, cînd este nevoie de ele, inclusiv tehnica injecției cu insulină, cum să-și determine singur glicozuria calitativ și corpii cetonici, cum să-și adapteze dozele de insulină dacă o folosește, să cunoască semnele hipoglicemiei și ale agravării Dz și ce măsuri de urgență să ia. Familia trebuie să cunoască, de asemenea, totul despre Dz ca să ajute la asigurarea tratamentului.

Facem aceste sublinieri pentru a convinge pe diabetic că este posibil și în primul rînd în interesul lui și al familiei lui ca, prin tratament corect, să-și asigure o capacitate de muncă și o medie de viață foarte asemănătoare sau chiar mai bună decît ale celui care se consideră sănătos și care nu respectă principiile unei vieți sănătoase. Viitorul vieții diabeticului care nu se tratează corect este întunecat de apariția complicațiilor secundare — nervoase, infecțioase, metabolice. Or, acestea pot fi evitate, iar dacă totuși au apărut trebuie să fie identificate precoce. Adesea sîntem în situația cînd se prezintă la noi bolnavi cu gangrenă diabetică avansată după multe zile de la apariția gangrenei pentru că au făcut tratamente proprii și au zis că „pielea se vindecă”. În stadii avansate, neglijate, este obligatorie amputația uneori deasupra genunchiului, care sigur că ar fi fost evitabilă dacă s-ar fi acordat atenția cuvenită îngrijirii picioarelor. Se știe că, printre altele, Dz formează ateroscleroza, care la diabetici este mai precoce, mai frecventă și mai accentuată. Aceasta obligă pe fiecare diabetic să nu înceapă să fumeze, iar dacă este fumător, să renunțe la fumat.

La Timișoara funcționează de aproximativ 35 de ani un centru de diabet, nutriție și boli metabolice la nivelul căruia s-au tratat aproximativ 20 000 de bolnavi. În prezent sînt în dispensarizare activă în jur de 6 000 de diabetici și sînt efectuate aproximativ 14 000 de depistări precoce. Ca un fapt pozitiv am menționa, printre altele, scăderea importantă a cazurilor de comă diabetică, a celor cu gangrenă diabetică și a celor care au orbit. Aceasta se datorează pe de o parte calității actului medical asigurat de colegii medici și surorile medicale, iar pe de altă parte educației sanitare, care

(Continuare în pag. 93)

Prof. dr. Gheorghe Băcanu
Institutul de medicină din Timișoara

OBEZITATEA, BOALĂ INVALIDANTĂ

Interviu cu conf. dr. Lucia ANGHELESCU, director al Direcției sanitare a județului Timiș

— În literatura de specialitate este demonstrat, iar practica a confirmat, că surplusul ponderal reprezintă un factor favorizant pentru o serie întreagă de afecțiuni dintre cele mai grave, că afectează, practic, buna funcționare a tuturor organelor și sistemelor. Se afirmă că obezitatea este una din cele mai invalidante boli. Pentru început vă rugăm, tovarășă conf. dr. Lucia Anghelescu, să punctați cauzele acestei maladii?

— Marea majoritate a obezilor prezintă un bilanț caloric dezechilibrat, în sensul creșterii aportului de calorii, comparativ cu scăderea consumului de energie. Deoarece unica sursă de energie a organismului este aportul alimentar, obezitatea se datorește, într-un număr important de cazuri, alimentației excesive, în special cu glucide (pâine, făinoase, zahăr și produse zaharoase) și lipide (grăsimi animale, cârnuri grase). Desigur, nu trebuie neglijată nici reducerea cantității de energie consumată de organism fie că este vorba despre diminuarea efortului fizic, fie că metabolismul tisular (arderile) sînt mai mici, explicîndu-se astfel de ce unele persoane, în ciuda faptului că nu consumă alimente în mod exagerat, cîștigă totuși în greutate. Unele cazuri de obezitate din copilărie sînt cauzate de moștenirea unei predispoziții pentru această boală. În aceste familii există, de regulă, mai multe persoane obeze, iar copilul se naște cu un număr crescut de celule grase. Dacă se mai adaugă obiceiuri alimentare necorespunzătoare (alimentație în exces), copilul devine și rămîne și în viața adultă obez. Fără a nega faptul că există unele boli endocrine care se însoțesc de obezitate și că unele perturbări endocrine (ca, de exemplu, instalarea menopauzei) favorizează această boală, obezitatea nu este o boală endocrină, ci una de nutriție și metabolism. Devii obez numai dacă există dereglări importante în mecanismele care dirijează senzația de foame, absorbția intestinală, dar mai ales în modul de utilizare și stocare a energiei de către organism. În funcție de durata excesului ponderal și numărul de kg în plus, apar o serie de complicații dintre cele mai grave și invalidante.

— Care sînt cei mai importanți factori favorizanți ai obezității?

— Toate condițiile care conduc la creșterea aportului alimentar și/sau la reducerea consumului de energie de către organism reprezintă instrumente favorizante pentru instalarea ei. În primul rînd obiceiul de a nu te ridica de la masă decît după obținerea unei senzații de sațietate de penul că nu mai poți respira. În

plus, în unele zone ale țării această abundența de hrană ingerată la o masă se compune și din alimente foarte bogate în calorii, ceea ce, evident, conduce la apariția obezității. Practica de a ingera o singură masă pe zi, și aceea seara, foarte des întîlnită în ultimul timp, este dintre cele mai dăunătoare. Senzația de foame este exagerată, conduce la aport alimentar abundent, urmat de repaus în fața televizorului și apoi de somn. În aceste condiții organismul preia toate kaloriile ingerate. Stresul, conflictele psihice, singurătatea etc. se pot manifesta uneori sub forma unui impuls continuu de a te alimenta, senzația de sațietate practic dispărînd. Există însă momente în viață care solicită un aport alimentar suplimentar, dar care, odată consumate, nu se însoțesc de o reducere corespunzătoare a alimentelor ingerate. Este cazul sportivilor, în special al celor de performanță, care la consumul crescut de energie necesită uneori dublarea sau chiar triplarea aportului caloric față de normal. Odată cu încetarea activității sportive, mulți rămîn cu obiceiul de a se alimenta în exces, ceea ce face dintr-un organism musculos, frumos, un obez dizgrațios. Graviditatea și perioada de alăptare reprezintă pentru femei momente de creștere în greutate. Multe gravide mîncîncă cît pentru doi, iar în perioada de alăptare măresc aportul alimentar pentru a crește, chipurile, secreția lăctată, ceea ce e departe de adevăr. Menopauza și andropauza sînt momente în care multe persoane se refugiază în plăcerea de a minca. Odată cu modernizarea societății, reducerea efortului fizic reprezintă un element favorizant foarte des întîlnit la obezi. Ne deplasăm din ce în ce mai puțin pe jos, nu ne mai găsim timp pentru activități sportive. Toate acestea fac organismului economie de energie, care se depune sub formă de grăsime.

— Cum să luptăm pentru a nu cîștiga kilograme în plus?

— Să combatem factorii amintiți, care favorizează instalarea bolii. O alimentație echilibrată, cu un conținut de calorii adecvat consumului (inclusiv în timpul sarcinii și alăptării, cînd surplusul de calorii nu trebuie să depășească 400—600 kcal/zi), un număr de 4—5 mese pe zi, cu grija că masa de seară să nu depășească ora 19—20 și să fie urmată, pe cît posibil, de o plimbare în aer liber. Reducerea consumului de alcool constituie un element profilactic important, toate băuturile alcoolice fiind bogate în calorii, pe lîngă faptul că stimulează pofa de mîncare. Dar poate cel mai important factor de prevenire a obezității este reintroducerea în viața noastră a binefăcătorului efort fizic zilnic. Binefăcător nu numai pentru menținerea siluetei, ci și pentru buna func-

ționare a multor organe și sisteme: a aparatului cardiorespirator, a motilității intestinale și, foarte important, a prevenirii îmbătrânirii sistemului osteo-articular, a menținerii în general a unui bun tonus fizic și psihic. Mișcarea, merul pe jos, practicarea unui sport înseamnă foarte mult pentru menținerea sănătății noastre.

- *Ce măsuri terapeutice dau rezultate în combaterea obezității?*

— În ciuda faptului că unele persoane obeze își imaginează că fără medicamente nu pot slăbi, tratamentul medicamentos aproape că nu-și are locul în lupta cu surplusul de greutate. Baza terapiei o constituie regimul alimentar științific întocmit și riguros respectat. O primă cerință este scăderea aportului de calorii, nu numai față de cel pe care l-a consumat în timpul instalării obezității, ci față de cel necesar calculat în funcție de înălțime, greutate și cheltuiala de energie, deci de tipul de activitate depus (efort fizic mic, moderat, crescut). Nu se trece de la început la o restricție alimentară severă, pentru că există riscul ca regimul alimentar să nu poată fi suportat și deci să fie abandonat. Este deci de dorit ca aportul caloric să fie redus în trepte, până la un număr de 800—900 kcal, așa-zisul „regim de cursă lungă”, care permite continuarea nestingherită a activității. Se vor evita alimente care într-un volum mic aduc un număr mare de calorii (dulciurile, făinoasele), ingerând cantități sporite de fructe (cu conținut mai mic în zaharuri) și mai ales legume, care vor constitui baza regimului alimentar. Pe lângă aportul redus de calorii, legumele asigură senzația de sațietate și aduc vitaminele și sărurile minerale atât de necesare organismului. Carnea și brânza trebuie să fie slabe, iar cantitatea de grăsimi (ulei, unt, margarină) minimă. Regimul alimentar așa-zis „de slăbire” nu înseamnă reducerea numărului de mese și nici post absolut. Regimul de „zero calorii” a fost mult discutat în literatura de specialitate, iar concluziile unanime sînt că este periculos și deci de evitat, cu excepția, poate, a presărării cîte unei zile de acest fel pe parcursul regimului hipocaloric.

- *Dincolo de invalidarea estetică, obezitatea dă invaliditate de ordin medical, surplusul ponderal afectînd buna funcționalitate a organelor sau sistemelor organismului nostru.*

— Practic nu există organ sau sistem care să nu sufere din cauza excesului de țesut gras. Cordul este supus la un efort suplimentar și se infiltrează cu grăsimi, conducînd în fi-

nal la insuficiență cardiacă. Aparatul respirator suferă, plămîinii sînt ventilați cu dificultate, fiind încorsetați în stratul de grăsime, rezultînd o lipsă de oxigenare, acumulare de bioxid de carbon, cu toate consecințele sale: scăderea capacității fizice și intelectuale, somnolență, cianoză și, în final, comă. Ficatul se încarcă cu grăsimi, funcționează deficitar; vezica biliară este des locuită de calculi. Sistemul osteoarticular suferă, practic, cel mai mult. Presiunea crescută pe articulații (coloană și genunchi în special) determină degenerarea cartilajului, dureri și reducerea mișcărilor articulare pînă la anchiloză. Tot ca o consecință a excesului ponderal, circulația venoasă, de întoarcere, de la nivelul membrelor inferioare este dificilă și apar varice voluminoase și tromboflebite cu ulcere varicoase secundare. Obezitatea conduce însă și la o serie de dereglări metabolice. Diabetul zaharat și scăderea toleranței la glucoză sînt frecvent întâlnite la obezi. Creșterea lipidelor plasmatiche, a colesterolului, conduce la instalarea unei ateroscleroze precoc și severe. În sfîrșit, în unele cazuri, crește acidul uric, rezultînd atacul de gută sau litiază renală cu urați.

- *Cum să ne menținem normoponderali?*

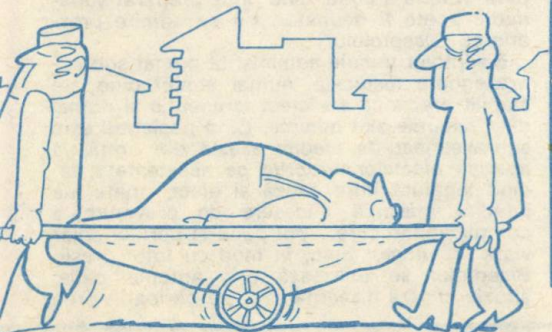
— Nimic mai simplu, în următoarele condiții: să știm exact cît putem mîncă, să cunoaștem bine ce putem consuma în limita aportului caloric necesar. Această presupune să știm cîte calorii aduc alimentele de diverse tipuri și poate industria alimentară ne-ar veni în ajutor, menționînd pe etichete la conserve, preparate, meniuri etc. conținutul de calorii; să ne cîntărim cu regularitate și la cel mai mic surplus să luăm măsuri imediate de reducere a aportului de calorii și de creștere a consumului acestora; să ducem o viață rațională — fără exces de alcool, mese festive prelungite nocturn —, cu mișcare în aer liber; să fim conștienți că o greutate normală înseamnă sănătate și frumusețe.

- *Obezitatea constituie o temă vastă de cercetare, asupra căreia stăruim cu răbdare și mîgălă.*

— Această frecventă boală — obezitatea — prezintă încă o serie de necunoscute, care m-au incitat în activitatea de cercetare. Am întreprins o serie de studii de epidemiologie, în colaborare cu medicii din teren, pentru a putea avea imaginea problemei ca fenomen sanitar. M-au preocupat și probleme legate de modul de instalare a obezității: reglarea apetitului (studiul sensibilității gustative), mecanismul de hipogenoză-lipoliză, răspunsul la efort. Am studiat apoi frecvența complicațiilor în obezitate: contractilitatea miocardului, leziunile hepatocelulare (prin punctii biopsice hepatice), complicațiile biliare. Mă incită ideea că s-ar putea obține în viitor rezultate terapeutice mai prompte și mai eficiente dacă metabolismul celulei grase se va cunoaște mai precis și se va putea astfel acționa pentru scăderea lipogenezei și creșterea lipolizei.

- *Iată deci promisiuni ale cercetării pe care le dorim cît mai repede finalizate în beneficiul sănătății omului. Vă mulțumim.*

Valeria CHILĂU



Virgil TOMULEȚ

CONDIMENTELE DE-A LUNGUL VREII

Omul primitiv a atribuit calități benefice sau chiar magice unor alimente, iar altora, dimpotrivă, calități malefice, în raport cu senzațiile olfactive și gustative pe care le generau. Unele alimente aveau proprietatea de a „întări spiritul”, cum erau acelea cu „miros subtil de flori”. În schimb, anumite condimente, cu miros asemănător pământului sau emanațiilor corpului uman – ca de pildă usturoiul – nu erau agreate. Chiar în epoca greacă și romană, deși se consuma intens usturoi și ceapă, persoanele care exalau miros de usturoi nu aveau acces în temple. Într-o piesă de Naevius (Sec. II î.e.n.), din care s-a păstrat doar un fragment, un personaj aruncă blesteme asupra grădinarului care a sădit, cel dintîi, ceapa. Din timpuri îndepărtate condimentele erau folosite deopotrivă în alimentație ca și în medicină și cosmetică. În cele cinci papirusuri „medicale” păstrate de la egipteni – papirusul din Londra, din Berlin, papirusul Ebers, Hearst și Edwin Smith – sînt menționate condimente cu rol terapeutic: menta (antiflogistic), anasonul, chimionul, coriandrul, ceapa, usturoiul (stomahice, aromate), smirna, terebintul, tîmîia (dezinfecțante prin fumigații).

În medicina mesopotamică arsenalul terapeutic era constituit – ca la toate popoarele antice – aproape exclusiv din plante, incit termenul „sammu” (plantă) a căpătî sensul de medicament, trecînd în limbile semite cu același înțeles. În multe rețete înscrise pe tăblițele de lut rămase pînă în zilele noastre sînt menționate și numeroase condimente: sofran, muștar, cicoare, ceapă, usturoi, susan.

Insula Creta, cu capitala Cnossos, era considerată centrul lumii occidentale înaintea catastrofei erupții

vulcanice din jurul anului 1500 î.e.n. Aici s-a dezvoltat, în milenii III-II î.e.n., civilizația minoică, ajunsă la un înalt nivel de cultură, așa cum o dovedesc palatele, frescele, tăblițele scrise și ceramica apărute cu ocazia săpăturilor arheologice. Cei 80 000 de locuitori ai capitalei – comercianți, navigatori, războinici – duceau un trai îmbelșugat. În grădinile lor se cultiva – alături de trandafiri, iriși, crini – și sofranul (*Crocus sativus*). Din stigmatul florilor de Crocus se trăgea sofranul – un pănaceu al acelor timpuri, utilizat ca insecticid, medicament, colorant, aromatizant. Sofranul era un material scump, căci erau necesare, pentru obținerea a 30 de grame, 4 000 de stigmat. El constituia obiectul unui schimb comercial intens, menținut și după decăderea civilizației minoice și care a contribuit la răspîndirea lui pînă în regiuni îndepărtate. Sofranul era nelipsit din alimentație și vestimentație, deoarece colora în galben-auriu orice aliment, precum și veșmintele celor avuți – laici și sacerdoți – de la popoarele din bazinul mediteranean (persi, fenicieni, evrei, greci, romani, arabi) pînă în îndepărtata Chină. Era, de asemenea, un parfum apreciat.

În Orientul apropiat se bucurau de mare apreciere produsele cu aromă îmbătătoare. Existau chiar vinzători specializați în negoț cu mirodenii.

În colecția medicală indiană „Samhita” a medicului legendar Susruta, refăcută în secolul VI e.n. de alchimistul Negeerjuna, sînt descrise peste 700 de specii de vegetale cu efect terapeutic, printre care și condimente folosite ca aromatizante – piper, scorțișoară – sau ca medicamente – usturoi, muștar etc.

La vechii greci mesele nu erau excesive, căci, după idealul clasic al Atticii, ele trebuiau să fie frumoase servite, dar nu îmbelșugate. Într-o comedie se spune că o masă la Atena are aspect frumos, dar nu satură un stomac flămînd. Într-adevăr, se considera că la un ospaț principalul nu era mîncarea, ci societatea comensilor și calitatea discuțiilor purtate. Se consuma mult pește, legume cu sosuri diferite – adesea din untdelemn, oțet și miere –, brînză cu chimion, ceapă, usturoi, dulciuri diferite și vin „dulce și parfumat, mirosînd a flori”.

În alimentația romanilor din perioada timpurie dintre condimente se folosea, în afară de sare, și în lipsa acesteia, cenușa de trestie, și oțetul. Pliniu cel Bătrîn

ABUZUL DE BISEPTOL

Biseptolul (Cotrimoxazol, Bactrim, Septrin, Eusaprim, Sumetrolin) sub formă de tablete (comprimate), sirop sau soluție injectabilă, reprezintă o asociere a două substanțe farmaceutice (trimetoprim și sulfametoxazol), cu efect puternic antimicrobian, cu spectru de activitate mărit față de alte sulfamide sau antibacteriene utilizate în tratamentul bolilor infecțioase.

Se indică în infecții ale căilor respiratorii superioare și inferioare, cum sînt bronșitele acute și cronice, pneumoniile, în amigdalite, sinuzite, faringite, tuse convulsivă, în infecții genito-urinare (cistite acute și cronice, pielite pîlonefrite, uretrite, prostatite), în infecții biliare, intestinale (enterite), în infecții ale pielii, în otita medie precum și în septicemii (infecții generalizate, cu evoluție gravă). Are acțiune foarte puternică în febra tifoidă, fiind la ora actuală medicamentul cel mai important al acestei grave boli infecțioase, mai ales pentru că se poate administra în cantități mari, dat fiind toxicitatea sa mai redusă, comparativ cu a

altor antibiotice, de exemplu Cloramfenicolul.

În toate aceste boli infecțioase eficacitatea Biseptolului este asigurată numai cînd ele sînt produse de microbi sensibili la medicament. Cum, uneori, o răceală, o cistită, o diaree poate fi provocată de virusuri sau germeni rezistenți la Biseptol, de bună seamă utilizarea sa fără discernămint poate să ducă la o lipsă a efectului scontat și, mai mult, bolnavul care a beneficiat sau nu de efectul farmacologic trebuie să suporte o seamă de efecte secundare, uneori nu lipsite de gravitate, în special, cînd are suferințe hepatice sau renale. De asemenea, la copiii prematuri sau la nou-născuții pînă în luna a doua, cînd orice preparat sulfamidic poate fi dăunător, nu se admite prescrierea Biseptolului.

Biseptolul trebuie administrat numai sub supraveghere medicală, numai atunci cînd s-a stabilit precis că are efect terapeutic și numai cînd riscurile sînt minime. Cînd pacientul este supravegheat de medic, acesta din urmă, la apariția efectelor nedorite pe neașteptate, făcînd legătură între cauză și efect, poate lua imediat măsurile necesare de prevenire a complicațiilor, care pot pune în pericol chiar viața. În ultimul timp, în mod cu totul greșit, Biseptolul se utilizează prin automedicație, abuziv și fără discernămint, pe perioade prea

afirmă că fără oțet viața și-ar pierde o parte din farmecul ei. Mirodeniile erau necesare din cauza alimentației fade și uniforme. Ele erau plante indigene, „herbae”: ceapa, usturoiul, arpagicul, boabele de mirt, mărar, anason, chimion, coriandru, muștar, frunzele de busuioc, țelină, mentă, măghiran, pătrunjel, florile de șofran și de nalbă. Din unele rețete alimentare rămase reiese felul condimentelor și modul de utilizare: brinzeturi din lapte de capră cu adaus de semințe de pin, crenguțe de cimbriu și de smochin; mășline conservate sub forma unei paste din pulpa lor, stoarse, tocate, sărate și condimentate cu chimion, anason, mărar. După expansiunea Romei în bazinul mediteranean de răsărit, alimentația romanilor — evident, a clasei dominante — s-a îmbogățit în urma contactului cu alimentația grecilor și a populației orientale. Titus Livius arată că după terminarea războiului împotriva lui Antioch al III-lea (188 î.e.n.), regele Siriei, ocupația de bucătar începu să fie considerată o artă. Acum se obișnuiește ca vinatul, carnea, peștele, legumele și chiar fructele să fie aseasonate cu cele mai variate sosuri, colorate cu șofran și aromatizate cu condimente, adesea cu gusturi contrare (sărăt și dulce, acru și dulce etc.). pe lângă condimentele autohtone, se introduc mirodenii exotice, ca piper, scorțioară, nard de Persia etc. Acest exces de condimente era, pe lângă o modă, și o dovadă a depășirii măsurii, explicabilă în parte prin lipsa de gust a alimentelor, întrucât romanii obișnuiau să fiarbă toate legumele și cărnurile, chiar dacă ulterior urmau să fie prăjite, astfel încât își pierdeau mult din savoare inițială.

Arabii au cunoscut și folosit în terapeutică numeroase mirodenii, ca mosc, ambră, cordamon, cuișoare, așa cum reiese din scrierile medicilor arabi. Rhazes (Al-Razi), în vasta sa operă, în majoritate medicală, recomandă, ca vehiculant, petale de trandafir și frunze de rodie macerate în oțet și apă de tandafir, indulcite cu zahăr. De fapt, arabii nu numai că au îmbogățit „Materă medica”, lăsată de Dioscoride, cu produse exotice, majoritatea condimente din Orientul apropiat și mijlociu, dar le-au vehiculat — ca și cruciații — spre Spania și de aici în întreaga Europă. Cultura unora din aceste plante s-a încetățenit în țările europene. Astfel, în Spania, șofranul, introdus de arabi, se cultivă și se exportă intens până în epoca modernă. Din Spania șofranul trece în sudul Franței și în Sicilia, iar prin secolul al XV-lea este

regăsit în centrul Europei; la Basel apare gilda neguțătorilor de șofran, avind ca emblemă o floare de crocus.

În Evul Mediu târziu, școala medicală din Salerno (Italia), a cărei experiență a fost concentrată în celebra sulegere „Floarea medicinii”, include, printre plantele medicinale, și pe cele aromate și condimente, ca: mentă, busuioc, șofran, piper, anason, nalbă.

Marile descoperiri geografice începute la sfîrșitul secolului al XV-lea au deschis „drumul mirodeniilor” și au inițiat comerțul monopolizat cu acestea, asigurind supremația comercială a Veneției, Genovei, apoi a Portugaliei și Spaniei. Totodată, deschiderea căilor spre țările de baștină ale mirodeniilor a prilejuit cunoașterea și studierea directă a acestora de către botaniștii care adesea îi însoțeau pe conchistadori. Au urmat încercări de acclimatizare a unor plante exotice în Europa. Astfel, în Jardin Royal din Paris — viitoarea Jardin des Plantes — se construiesc acumi, pentru prima dată, sere încălzite. Mirodeniile, deci încă foarte scumpe din cauza riscului transportului pe cale maritimă, pătrund adinc în alimentația celor avuți, conferindu-i varietate și savoare. Totodată, condimentele persistă în arsenalul terapeutic, fiind vindute, de obicei, în oficiile spițierilor. Majoritatea condimentelor aveau multiple întrebunări terapeutice. De pildă, în 1670 J.P. Hertodt edita la Jena cartea „Crocologia”, prezentind, în 300 de pagini, efectele miraculoase ale șofranului în ciumă, nebulie, melancolie, dureri de dinți, mușcătură de șarpe, ftizie, surditate, chelie și multe alte afecțiuni.

Pe la mijlocul secolului al XVII-lea creșterea tonajului corăbiilor — ceea ce făcea transportul condimentelor mai puțin costisitor — ca și înmulțirea, în Europa, a culturilor de plante aromate, au determinat scăderea vertiginoasă a prețurilor condimentelor. La acești factori economici se poate adăuga un factor psihologic: orice aliment (sau lucru) mult rîvnit, pierde din valoare atunci cînd ajunge la îndemîna unei mari părți din populație.

În secolele următoare, odată cu introducerea treptată a terapiei științifice — rezultat al progresului științelor naturii — se observă reducerea enormă a rolului terapeutic al condimentelor, acestea rămîind, prin excelență, ingrediente valoroase în alimentație.

Conf. dr. doc. Marțian COTRĂU

mici sau prea mari de timp, cînd, pe deasupra, se poate aștepta apariția rezistenței unor germeni la acest medicament.

Dintre efectele adverse menționăm pe cele mai comune — tulburările gastro-intestinale (grețuri, vomismente, anorexie), reacțiile alergice la nivelul pielii (roșeață, mîncărime, urticarie) —, și continuăm cu cele hematologice (la nivelul singelui — agranulocitoză, anemie ablastică, trombocitopenie, leucopenie, neutropenie, anemie aplastică, eozinofilie etc.). Unele dintre acestea sînt foarte riscante prin procentul mare de mortalitate; de exemplu, alergiile generalizate (sindromul Stevens—Johnson, necroliza toxică la nivelul pielii, eritemul multiform, anafilaxia, febra medicamentosă etc.), reacțiile psihiatrice (halucinații, depresie, apatie) și endocrine (hipoglicemie, diureză) precum și alte situații.

Pentru menținerea acestui valoros medicament în terapeutică (apariția rezistenței declasează orice medicament antibacterian), pentru a ne apăra de suferințe produse prin efectele sale secundare (în ultimul timp au fost semnalate mai multe cazuri mortale datorate efectelor secundare ale cotrimoxazolului), pentru evitarea costurilor inutile, cînd se administrează în infecții față de care nu are acțiune

inhibitorie (de frînare, de oprire), **tratamentul cu Biseptol trebuie făcut numai după prescripție medicală**. Este o mare greșeală ca în răceli banale cu amigalită, tuse, guturai, în enterite cu diaree, vomismente sau în cistite, ori alte infecții cu germeni insensibili (rezistenți) să se aplice prin automedicație tratament cu Biseptol.

Corect este ca medicamentul să fie procurat de la farmacie pe baza rețetei prescrisă de medicul specialist, care cunoaște cu precizie eficacitatea lui în respectiva infecție, care urmărește bolnavul pe parcursul tratamentului, și care poate lua măsuri prompte, competente în cazul apariției reacțiilor adverse.

Administrarea prin automedicație a Biseptolului la femeile însărcinate și la cele care alăptează (medicamentul trecînd în laptele matern, ajungînd în organismul sugarului și producînd pe neașteptate reacții adverse) este o mare greșeală. De altfel, o asemenea greșeală este de neîngăduit în cazul oricărui medicament sau toxic (alcool, tutun, droguri), efectele suportîndu-le tocmai sugarii, cei ce nu au nici cea mai mică vină, cei care nu au greșit cu nimic. De aceea, avem datoria ca să-i crutăm

Farm. Silvia CHERECHEȘ
cercetător științific I.C.S.M.C.P.

DIVERSITATEA UMANĂ ȘI IGIENA RELAȚIILOR INTERPERSONALE

Din cele mai vechi timpuri omul s-a orientat nu numai asupra lumii înconjurătoare, ci și asupra propriei sale ființe, încercând să cunoască cine este, de unde vine și încotro se îndreaptă.

Din ce în ce mai mult, omul a început să fie descoperit și redescoperit de cele mai diverse domenii ale științei, situându-se astfel la confluența lor. Multe fenomene ale corpului și conștiinței omenesti au fost tot mai mult elucidate.

Se știe astfel, de pildă, care este raportul dintre conștient, subconștient și inconștient. De asemenea, este un lucru stabilit că psihicul uman are la bază materia superior organizată, creierul și funcțiile acestuia.

Există o mare diversificare umană, astfel încât marile colectivități umane, microgrupurile și indivizii prezintă o diferențiere psihică – însușiri și grupe de însușiri psiho-comportamentale după care se deosebesc. Înțelegerea esenței umane rezultă din ansamblul relațiilor sociale. Omul, făcând tot ceea ce a modelat și a umanizat planeta, își pune acum, în ultimul sfert de oră al veacului XX, cînd specia lui a trecut de 5 miliarde de suflete, o problemă imperioasă a devenirii sale: „calitatea vieții” pe care o trăiește.

Au fost deschise perspective noi, de apreciere mai completă a interacțiunii dintre organism și mediul înconjurător, dintre organism și activitatea profesională.

S-au stabilit și precizat limitele fiziologice ale adaptării organismului uman la diverșii factori din mediul exterior și se discută din ce în ce mai pasionant problema performanțelor psihosomatice.

Așadar, preocupările oamenilor sănătoși, care doresc să-și consolideze starea de sănătate, ca și ale celor bolnavi, care urmăresc îmbunătățirea sau recuperarea performanțelor lor vitale, trebuie să vizeze cîteva din coordonatele vieții raționale.

Activitatea, mișcarea, alimentația rațională, odihna fizică și neuropsihică individualizată după cerințele și structura fiecăruia, bucuria zilei trăite, terapia zimbetului oferită cu generozitate celor din jur sînt doar cîteva din rețetele care ne conduc spre performanțe atunci cînd le administrăm perseverent, adică respectînd bioritmurile.

Fiind un drept al omului modern, sănătatea, în accepțiunea O.M.S., nu înseamnă numai absența bolii sau a unei infirmități, ci reprezintă o completă bunăstare fizică, mentală și socială.

Dacă arsenalul terapeutic rezolvă o mare parte dintre bolile somatice sau bolile psihice, dacă vaccinările, imunizările au însemnat, de asemenea, saltul spectacular în medicina profilactică, mai sînt încă multe de realizat în ceea ce privește optimizarea relațiilor interpersonale, pentru corectarea unor deprinderi comportamen-

tale nocive, în vederea unei bune inserții sociale și pentru evitarea efectelor „bumerang”, consecință a dezechilibrelor din ecosistem.

Un studiu O.M.S. relevă că peste 5 la sută din bolnavi au de suferit de pe urma efectelor secundare ale medicamentelor folosite abuziv. Numeroase cazuri de blocaj renal, de tulburări ale auzului și vîzului sau de depresii nervoase sînt provocate de rețetele medicale acordate cu ușurință. „Maladia medicamentoasă” este una din primele zece cauze ale internărilor în spitale. Se consideră că afluxul continuu de noi medicamente pe piață (1 200 anual), determinat în mare măsură de interese comerciale, stimulează asemenea abuzuri, care, în numele apărării sănătății oamenilor, de fapt o subminează.

Efectele secundare ale medicamentelor constituie aproximativ 10 la sută din maladiile ce reclamă spitalizare. Teza este susținută de dr. P.M. Brooks, de la Centrul de boli reumatismale din Glasgow (Anglia). Acest medic a participat la o anchetă în Marea Britanie și S.U.A. ale cărei rezultate au fost prezentate celui de-al VIII-lea Congres European de Reumatologie de la Helsinki. Efectele secundare sînt cu aît mai nocive, cu cît se administrează mai multe medicamente simultan. Iată pentru ce apare ca absolut necesară extinderea terapiei neconvenționale, folosite aît în prevenirea și tratarea unor imbolnăviri psihosomatice, cît mai ales în completarea terapiei recuperatorii.

Folosirea cuvîntului ca factor terapeutic și dozarea emoțiilor constituie, de asemenea, o importantă autoterapie. De ce? Viața psihică a omului reprezintă un sistem extraordinar de complex, realizat de către scoarța cerebrală, aceasta din urma apărînd ca un organ specializat al comunicării informaționale de tip psihic.

Una din componentele de bază ale sistemului psihic îl constituie afectivitatea, aceea capacitate a individului de a resimți emoțiile și sentimentele pe fondul activ specific fiecărui individ.

Diapazonul stărilor emotive este foarte larg și rezultă din procese fiziologice profunde, declanșate de un întreg lanț de reacții biochimice în organismul uman.

Emoția puternică pune în mișcare posibilități ascunse, nebanuite ale organismului. Bucuria îl ajută pe om să depășească obstacolele, enervarea, îi inzecește forțele; în schimb tristețea, teama, distruge sau reduce energia vitală.

De încercătura emoțională depinde adesea capacitatea noastră de muncă și sănătate. Stăpînindu-ne sentimentele, atîngem mai repede țelul propus. O gîndire pozitivă, optimistă, poate direcționa forțele organismului în apărarea sănătății sau în refacerea capacității de muncă. Din păcate, contemporanii noștri evită sau negli-



jează mijloacele fiziologice naturale pentru înă-
turarea emoțiilor negative și recurg la remedii
îndoielnice, cum ar fi: un pahar de alcool, o țigă-
ră și adesea un tranchilizant.

În medicina psihosomatică, în psihiatrie, dar și
în medicina generală, emotivitatea unui pacient,
intensitatea stărilor sale emoționale după un sti-
mul au un rol deosebit de însemnat, dat fiind că
valorile tensionale, ritmul cardiac și respirator,
ba chiar constante biologice ca glicemia, timpul
de cicatrizare, depind de emotivitate, așa cum
tot de ea depinde adesea și succesul unei inter-
venții chirurgicale.

Îndeminarea omului de a se deconecta de emo-
țiile negative și de a se reechilibra pe calea gin-
dirii raționale și a voinței, prin asigurarea unei
atmosfere tonice și optimiste la locul de muncă
și în familie, reprezintă o garanție nu numai pen-
tru o bună dispoziție, ci și pentru o bună sănă-
tate.

Parafrazind această idee a dăruirii, Alexandru
Vlahuță, în eseurile sale despre fericire, se ex-
primă astfel: „Fericirea adevărată nu o are, nu
poate s-o aibă, decât acela care o dă... și ca să o
dai, e nevoie să o ai; iar ca să o ai, trebuie să
incepi prin a o da”.

Dr. Mioara MINCU
directorul Spitalului „Dr. I. Cantacuzino”
București

HEPATITELE VIRALE ACUTE

Hepatitele virale acute sînt boli infecțioase cauzate de mai multe virusuri cu caracter hepatotrop și care, introduse în organism pe cale digestivă sau, accidental, prin inoculare, precum și pe alte căi, provoacă o îmbolnăvire generală a organismului și mai ales a ficatului, manifestată prin simptome generale infecțioase, digestive, hepatice, însoțite sau nu de icter. Hepatitele virale acute sînt boli specifice omului și au o mare răspîndire pe întregul glob, fiind considerate ca una din marile probleme de sănătate ale lumii.

Agentul cauzal este reprezentat de mai multe virusuri. Pe lîngă cele două tipuri de hepatită virală cunoscute de mai multă vreme (hepatita cu virus A și hepatita cu virus B), în ultimii 15 ani au fost descoperite hepatite cu virus Non-A/Non-B (inițial C), a cărei incidență este în creștere, și hepatite cu virus D („agentul delta”).

Sursele de infecție sînt reprezentate de omul bolnav și de purtătorii de virus.

Căile de eliminare a virusurilor sînt în hepatită A, fecalele; în hepatita B, sîngele și variațiile secrețiilor ale corpului (salivă, spermă, secreție vaginală). Virusul B nu se elimină prin scaun și de aceea transmiterea hepatitei B pe cale digestivă nu este posibilă.

Căile de transmitere a virusurilor sînt multiple. În hepatita cu virus A, transmiterea se face predominant pe cale digestivă (fecal-orală), prin mîini murdare, apă, alimente și obiecte contaminate, insecte (muște, gîndaci), dar și pe cale injectabilă, precum și prin contactul cu variațiile secrețiilor ale corpului.

În hepatita cu virus B, cel mai frecvent se realizează transmiterea prin contactul cu sîngele bolnavului sau purtătorului de virus pe următoarele căi: transfuzii de sînge și derivate de sînge (plasmă, factori de coagulare), tratamente injectabile, înțepături sau zgîrieturi — accidental —, la cei care manipulează sînge sau efectuează tratamente la bolnavi. Dat fiind că virusul este prezent și în variațiile secrețiilor ale corpului, acestea sînt surse de transmitere interumană prin contact intim: sărut, relații sexuale.

În hepatita cu virus Non-A/ Non-B, modul de transmitere este prin: inoculări accidentale, transfuzii de sînge și derivate de sînge, pe calea digestivă (fecal-orală), apă contaminată sau alimente contaminate.

Hepatita cu virus D („agentul delta”) are același mecanism de transmitere ca și hepatita virală B.

Incubația în hepatitele virale acute prezintă variații mari. Astfel, hepatita virală A are o incubație scurtă (minimă 10 zile, medie 30—35 zile, maximă 50 zile), în timp ce hepatita virală B are o incubație mult mai lungă (în medie 60—90 zile, cu variații între 45—180 zile). Hepatita Non-A/Non-B se situează între cele două tipuri de hepatită de mai sus, incubația

fiind de 50—60 zile, cu variații extreme de la 14—180 zile. În ceea ce privește hepatita cu virus D („agentul delta”), aceasta fiind o formă particulară de hepatită, care apare ca o suprainfecție (sau coinfecție) numai la bolnavii de hepatită B sau la purtătorii de virus B, incubația, se înțelege, este aceeași ca în cazul hepatitei cu virus B.

Tabloul clinic în hepatita virală A, debutul este în general brusc și se caracterizează prin simptome generale de boală infecțioasă și prin unele simptome digestive: anorexie, grețuri, gust amar, vărsături, dureri epigastrice, senzație de apăsare și greutate dureroasă în regiunea hepatică, constipație. Apar dureri musculare și articulare, simulînd un reumatism articular acut sau catar al căilor respiratorii superioare, cu aspect de tablou clinic gripal. La toate acestea se adaugă, și este constantă, astenia marcată. Această perioadă, care precede icterul, are o durată medie de 5—7 zile, urmată de perioada icterică. Apariția icterului (care constă în colorația galbenă a mucoaselor și tegumentelor) se însoțește de o atenuare a simptomelor generale. Icterul se instalează relativ repede, extinzîndu-se de pe mucoase la tegumente în 1—2 zile. Materiile fecale se decolorează iar urinile se închid la culoare. Durata icterului este, în medie, de 4 săptămîni. Într-un număr de cazuri, boala se limitează numai la fenomenele perioadei prodromale, fără să apară icterul (forme anicterice).

Clinic, hepatita B, deși aparent asemănătoare cu hepatita A, se deosebește totuși de aceasta prin următoarele caracteristici: perioada de incubație și perioada prodromală (preicterică) sînt mai lungi: (2—3 săptămîni), debutul bolii este mai lent și insidios, cu tulburări digestive moderate, astenie, indispoziție generală. Febra este absentă ori discretă. Frecvent apar manifestări cutanate și articulare: urticarie, erupții purpurice și artralгии. Aceste simptome dispar de obicei odată cu apariția icterului. Perioada icterică se instalează lent și durează mai mult decît în hepatita A. Evoluția hepatitei B este, de regulă, lungă și dificilă. Formele prelungite sînt frecvente. Formele severe, cu potențial de comă hepatică, sînt de 3—5 ori mai frecvente decît în hepatita A, iar cele anicterice sînt frecvente, mai ales la copii. Hepatita virală B are deseori o evoluție severă, prelungită spre cronicizare, ciroză și cancer hepato-celular.

Tabloul clinic în hepatita virală Non-A/Non-B nu poate fi deosebit de al celorlalte hepatite virale.

Tratamentul. În hepatitele virale nu există un tratament specific, etiotrop. Măsurile terapeutice curente, în toate tipurile de hepatită virală acută, sînt, în principal, următoarele: repaus la pat, regim alimentar dietetic și medi-

cație simptomatică (de atenuare a simptomelor supărătoare). Tratamentul bolnavului de hepatită virală acută se efectuează numai în spital, fiind obligatorie izolarea lui în spitalul (secția) de boli infecțioase. În formele severe, tratamentul medicamentos este complex.

Măsuri de prevenire a hepatitelor virale. Măsurile privind căile de transmitere sînt cele mai importante. Acestea sînt similare celor din infecțiile digestive, bacteriene sau virale, la care trebuie să se adauge și acelea care să împiedice riscul transmiterii prin inoculare.

În primul rînd se impune **respectarea și aplicarea regulilor de igienă individuală**: spălătul pe mîini cu apă și săpun înaintea fiecărei mese, după folosirea grupului sanitar și ori de cîte ori mîinile se murdăresc; să se consume pentru băut și igienă corporală apă potabilă numai din surse verificate și avizate sanitar; pregătirea și manipularea igienică a alimentelor; legumele și fructele vor fi consumate numai după o prealabilă spălare riguroasă cu apă provenită din surse avizate sanitar; grupurile sanitare, individuale sau colective, vor fi menținute în stare de curățenie permanentă, la cele existente în colectivități fiind obligatorie dezinfectia (cu substanțe dezinfectante clorigene); colectarea și evacuarea reziduurilor menajere se va face corect și igienic, în recipiente metalice închise, evitîndu-se accesul la acestea al insectelor și rozătoarelor; eliminarea de la donarea de sînge a oricărei persoane care a suferit de hepatită virală, a pur-

tătorilor de virus (cu antigen HBs prezent), a purtătorilor de virus cu probe hepatice pozitive (chiar dacă nu sînt purtători de antigen HBs), precum și a persoanelor care au primit transfuzii de sînge în ultimele 6 luni; contactii direcți ai cazurilor de hepatită virală vor fi eliminați de la donarea de sînge pe timp de cel puțin 6 luni de la încetarea contactului infectant; utilizarea transfuziilor de sînge în spitale numai în caz de indicații absolute (cînd este în pericol viața bolnavului și sînt absolut necesare, de urgență, aceste transfuzii); evitarea unor manopere nemedicale infectante: tatuaj, tratamente injectabile efectuate de persoane particulare, la domiciliu, instrumente de bărbierit nesterilizate.

O măsură deosebit de importantă pentru realizarea unei evoluții cît mai bune și rapide spre vindecare a bolnavului, precum și pentru prevenirea îmbolnăvirii celor din jurul acestuia, este anunțarea imediată a medicului la apariția primelor semne de boală.

Măsuri de profilaxie specifică. Imunoglobulina standard (gamaglobulina normală) se utilizează, cu unele rezultate, la copiii contacti direcți cu un bolnav de hepatită virală A, dacă se administrează cît mai aproape de data contactului.

Există în prezent mai multe tipuri de vaccin contra hepatitei B, dar care nu s-au generalizat.

Dr. Gheorghe MIREA

DIABETUL ZAHARAT

(Urmare din pag. 85)

este o sarcină permanentă a noastră, a tuturor. Desigur că rezultatele pot fi și mai bune. Clinica de nutriție și boli metabolice din cadrul Spitalului județean, împreună cu Clinica I pediatrie de la Spitalul de copii a organizat în ultimii șase ani o tabără de vară pentru copii diabetici din toată țara. În cadrul acestei tabere, copiii se conving că-și pot desfășura activitatea fizică și intelectuală ca și alți copii, își desăvîrșesc cunoștințele despre diabetul zaharat, fiind organizate și tot felul de activități recreative și culturale.

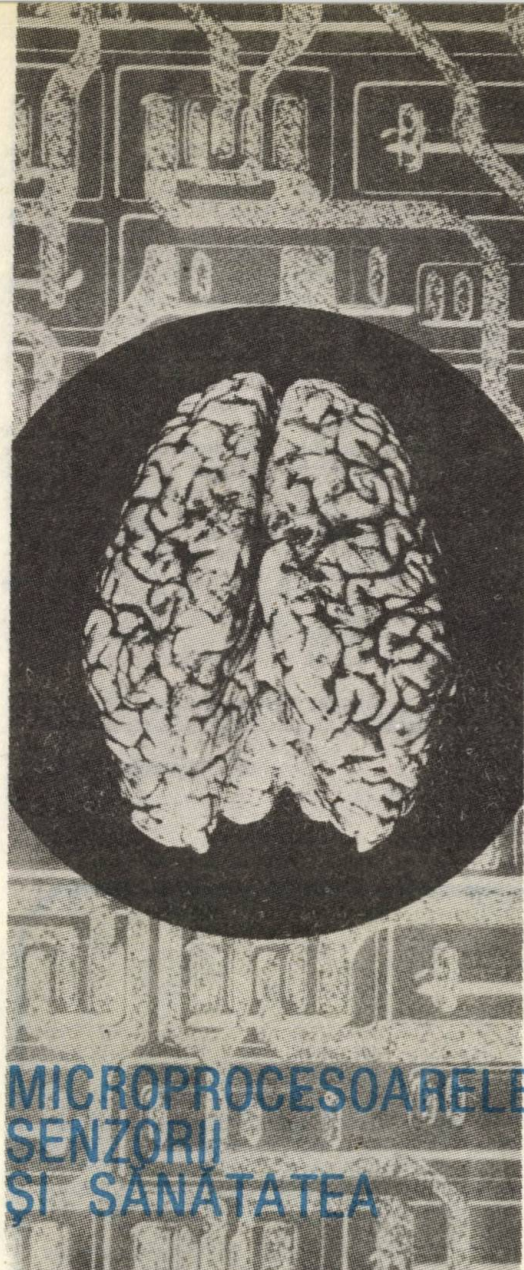
Dz la copil are unele particularități, în primul rînd este o formă de Dz particulară, respectiv așa-zisul Dz tip I (insulino-dependent). Injectiile cu insulină zilnice sînt obligatorii. Ce fel de insulină, în cîte injectii? Aceasta o stabilește medicul. Numai acel tratament este foarte bun care asigură un echilibru metabolic foarte bun.

În clinica noastră, la Centrul de diabet, nutriție și boli metabolice din Timișoara, ca și în celelalte instituții de profil din țară, facem, așa cum am menționat, toate eforturile pentru a

preveni sau depista precoce Dz, pentru a-l trata corect dacă a apărut, a evita complicațiile și invaliditățile grave. Avem nevoie în măsură mai importantă de sprijinul diabeticilor și al familiilor lor de a-și însuși toate cunoștințele necesare, de a le respecta întocmai în fiecare zi.

Este posibil ca în viitor să apară o serie de noi cuceriri științifice, ca de exemplu posibilitatea de a se administra insulină pe cale orală. Dar este necesar ca orice descoperire să-l găsească pe diabetic într-o stare cît mai bună pentru ca să poată beneficia de ea. Este mult mai de dorit să nu ai modificări la nivelul fundului de ochi de tip retinopatie, decît să fii obligat să faci fotocoagulare.

Acestea sînt cîteva aspecte ale Dz, poate cele mai importante. Nu am folosit în materialul de față termenul de boală referitor la diabetul zaharat, fiindcă, într-adevăr, diabetul care se tratează corect este „un sănătos condiționat”, condiționat de un tratament corect, care este posibil și de dorit.



MICROPROCESOARELE, SENZORII ȘI SĂNĂTATEA

În Pittsburg (S.U.A.), la Institutul Mellon, s-a inventat un „nas” cu un simț al mirosului de-a dreptul de invidiat. El însă nu face parte din anatomia vreunei persoane, ci este un „aparat de mirosit” compus din senzori ultra-moderni și microprocesoare. Deși e încă departe de a identifica sutele de mirosuri pe care le recunosc instantaneu oamenii, „nasul-robot” deschide calea mașinilor dotate cu calități umane, cum ar fi mirosul, pipăitul și văzul; în plus, senzorii „inteligenti” anunță o veritabilă revoluție în procesele de producție, în domeniul militar, dar și în... medicină. Lemuel B. Wingard Jr., profesor la Facultatea de medicină a Universității din Pittsburg, afirma încă din 1985 că în medicină, senzorii minuscule, capabili să detecteze cancerul sau să

facă analize de singe, sînt marii cîștigători ai viitorului.

De ani de zile, industria s-a folosit de senzori pentru a măsura presiunea și temperatura. Dar ceea ce distinge „noul val” de senzori de cele precedente este capacitatea de a se combina într-un singur element microprocesorul și detectorul. În loc de a măsura pur și simplu ceva, noii senzori puși pe microprocesoare interpretează informația obținută și iau decizii pe baza ei. Pentru a realiza acești noi senzori, s-au combinat microprocesoarele cu substanțe care antrenează o schimbare în curentul electric de îndată ce sînt expuse elementului pe care sînt proiectate să-l determine. Stimulii potențiali includ o mare varietate de substanțe, de la poluanții din apă la celulele canceroase. De exemplu, există biosenzori care se bazează pe enzime sau anticorpi imobilizați la suprafața microprocesorului. Aceste substanțe se leagă de molecule specifice din corpul uman, dînd naștere unui impuls electric ce se transmite microprocesorului. Se vorbește, de asemenea, de senzori ce măsoară automat fluxul de insulină în singele diabeticilor.

Deci, aceiași senzori care pot înzestra roboții cu ochi și urechi își fac apariția în cabinetele medicilor... Una din aplicațiile cele mai promițătoare este analiza singelui. Firma „Toshiba” (Japonia) a produs un biosenzor care determină în numai 24 de secunde dacă potasiul, sodiul și clorul au atins nivelul critic în singe, prin analiza unei singure picături... Cercetătorii speră ca în 1990 să pună la punct un sistem măsurînd alte șapte componente ale singelui uman, iar în 1995 să ajungă să realizeze un senzor capabil să determine nivelul atins de 35 de componente ale singelui (de fapt, să facă toate acele măsurători importante pentru medici).

Analizele de singe ar putea să fie doar un început. Cercetătorii lucrează la senzori care se speră că vor juca un rol important în detectarea și tratarea unor boli. S-au dezvoltat deja senzori care detectează celulele canceroase și se speră în realizarea unui senzor eficient în urmărirea nivelului de zahăr în singe. Tot firma „Toshiba” a obținut, în 1985, patentul pentru un senzor ce detectează glucoza, dar mai are de definitivat metoda ca el să rămînă operațional pe o perioadă îndelungată, după implantarea în corpul uman.

Stomatologia este și ea unul din domeniile unde „senzorii inteligenți” își fac simțită prezența. La Universitatea din Pennsylvania s-a pus demult la punct un senzor „oral”, care măsoară nivelul acidității și calciului din cavitatea bucală și care se aseamănă ca dimensiuni și flexibilitate cu un fir de păr din peria de dinți. Grație lui, stomatologii pot face fără nici o greutate analiza chimică a gurii unui pacient.

Un alt senzor (utilizabil o singură dată) poate diagnostica și preveni maladiile gingiei. El poate investiga zona de sub linia gingiei și poate detecta prezența principalelor substanțe chimice care sînt legate într-un fel sau altul de apariția afecțiunilor gingivale.

Cît de departe pot ajunge senzorii?

...Cercetătorii discută foarte serios despre senzori implantați în corpul uman pentru a urmări permanent starea lui de sănătate.

Olga GHEORGHE

GERIATRIA AZI

În perioada 9-11 iunie 1988 s-au desfășurat la București lucrările Congresului Național de Gerontologie și Geriatrie cu participare internațională. La Congres au fost prezenți peste 500 de specialiști din țara noastră și din 15 țări ale lumii: cercetători gerontologi, experți în gerontologie, economiști, sociologi, demografi, antropologi, etnografi, oameni de cultură și artă. Lucrările au fost prezentate în două sesiuni plenare, 27 de sesiuni de comunicări și 8 sesiuni poster; un raport general, trei rapoarte, patru corapoarte și 450 de comunicări.

Congresul a abordat o tematică de mare actualitate pentru cercetarea gerontologică fundamentală și practica geriatică. Raportul general și corapoartele au definit prezentul acestor domenii ale medicinei contemporane și au conturat direcțiile cercetării științifice, strategia îngrijirii medicale și măsurile de protecție medico-socială ale persoanelor vîrstnice.

● „Biometria îmbătrînirii”, prima temă a Congresului, reprezintă o noutate în gerontologie prin scopul propus și modul de abordare. Majoritatea cercetărilor fiind de acord asupra existenței procesului normal de îmbătrînire, ne-am propus să măsurăm parametrii morfologici, funcționali, biochimici, enzimatici, să cuantificăm modificările normale care se produc pe parcursul ciclului de viață la nivel individual și populațional. Au fost abordate aspectele conceptuale în gerontologie, cronobiologia îmbătrînirii, indicatorii îmbătrînirii fiziologice.

Procesul de îmbătrînire prezintă o mare complexitate și diversitate, în determinismul căruia factorul genetic joacă un rol important (80-85%), factorii mediului extern (15-20%), patologici, fizici, chimici ș.a. putînd accelera ritmul și orarul de desfășurare pe parcursul ciclului ontogenetic.

S-a căzut de acord că principalele caracteristici biologice ale vîrstnicului și bătrînului sînt: labilitatea echilibrului homeostatic; adaptabilitatea modificată, cu deosebire în condiții de stres patologic, psihic etc.; îmbătrînirea funcțională diferențiată de la organ la organ și în cadrul aceluiași organ.

Relevanța clinică a acestor particularități gerontologice se regăsește în patologia geriatică. Infățișarea bătrînului poartă patina timpului, cu modificările ontogenetice și ontoclastice. Modificările biologice de vîrstă schimbă debutul, simptomatologia și evoluția bolilor la vîrsta a treia. Simptomatologia atipică, mascată, de împrumut reprezintă caracteristica medicinei geriatrie. Medicul trebuie să fie avizat asupra criteriilor îmbătrînirii normale și particularităților clinice și terapeutice a bolilor bătrîneții; polimorbiditatea și comorbiditatea de organ reclamă o pregătire multidisciplinară, medicul geriatru trebuind să fie un medic total. În egală măsură medicul ge-



riatru este preocupat de aspectele medico-sociale ale procesului de îmbătrînire. Asistența geriatică îmbracă tot mai mult un caracter profilactic.

Conceptul de gerontoprofilaxie sintetizează acele recomandări menite să formeze o atitudine comportamentală pentru o bătrînețe activă, creatoare. Dispensarizarea gerontologică, consultațiile de gerontologie profilactică sînt forme de asistență geriatică recomandate în cadrul Congresului pentru promovarea stării de sănătate a vîrstnicilor.

● Tema „Îmbătrînirea cerebrală” a dezbătut aspectele îmbătrînirii normale cerebrale, fiziopatologia bolilor sistemului nervos la această vîrstă și patologia caracteristică vîrstelor înaintate (sindroamelor cerebral organice - în special boala Alzheimer tip I și II, bolile cerebro-vasculare, boala Parkinson, stările depresive). Au fost prezentate posibilitățile de intervenție terapeutică modernă, patogenetică, atitudini medico-chirurgicale, posibilități de recuperare.

● Tema „Participarea vîrstnicului la viața socio-economică” a cuprins asistența medico-socială, psiho-gerontologică, participare-integrare, programe educativ-culturale.

De un mare interes s-a bucurat programul Universității vîrstei a treia, care a luat ființă în urmă cu doi ani în municipiul Roman din județul Neamț, ca formă de educație gerontologică pentru vîrstnici.

Președintele Societății mexicane de gerontologie, Dr. Arronte Martinez-Felipe i-a felicitat pe gerontologii români „...pentru preocupările și activitățile lor pe plan social și cultural, o realizare unică în felul ei fiind Universitatea vîrstei a treia de la Roman”. Dr. Lerma Leonides, gerontolog din Filipine, i-a felicitat pe organizatorii români „...pentru ceea ce au realizat la Congres, pentru reușita binemeritată - de nivel internațional - și pentru ideea absolut originală a Universității vîr-

stei a treia. Această instituție și admirabilii ei bătrini reprezintă un model al activităților de avangardă în gerontologie".

- „Terapia Aslan” a făcut obiectul unui simpozion în care au fost prezentate cercetări de farmacologie clinică și experimentală asupra procainei și produsilor săi, cercetări longitudinale pe culturi de celule și organe. A fost relevat efectul nootrop, antidepresiv și anabolic.

- Comunicările „Varia” au format adevărate congrese în Congres: sesiuni de gerontocardiologie, gerontoimunologie, gerontohematologie, gerontoepidemiologie și reumatologie, gerontochirurgie, gerontostomatologie ș.a., conturând în mod fericit domeniul mult și interdisciplinar al medicinei geriatrice.

- Perspective ale cercetării gerontologice și asistenței geriatrice: aprofundarea mecanismelor procesului de îmbătrânire; necesitatea diferențierii îmbătrânirii normale de îmbătrânirea patologică; cercetări ale indicatorilor îmbătrânirii funcționale și ale identificării de markeri biologici; optimizarea formelor de asistență medico-socială a vîrstnicilor și de protecție a acestei categorii de persoane; promovarea conceptului de „vîrstnic activ” și valorificarea creativității și experienței lor de viață.

- Continuînd tradiția atît de generoasă a gerontologiei românești, reprezentată prin personalitățile savanților Gh. Marinescu, C.I. Parhon și Ana Aslan, Congresul a reprezentat o nouă confirmare a școlii românești de gerontologie, a contribuțiilor sale originale, a posibilităților de dezvoltare. Congresul a relevat interesul și posibilitățile de intervenție gerontologică și geriatrică ale tuturor specialiștilor, acestea fiind reprezentate prin cele mai autorizate personalități ale medicinei românești.

Complexitatea și multitudinea direcțiilor abordate a demonstrat că problematica gerontologică se poate rezolva numai în echipă, interdisciplinaritatea fiind una din caracteristicile de bază ale acestei specialități.

Prin problematica abordată, conținutul lucrărilor prezentate, modul de organizare, specialiștii de peste hotare au apreciat nivelul internațional la care s-a desfășurat Congresul și și-au mărturisit convingerile asupra contribuției școlii românești de gerontologie și a perspectivelor ei.

Dr. Mircea DUMITRU
Directorul Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie



Priorități geriatrice românești

Congresul național de gerontologie și geriatrie a abordat multidisciplinar un evantai larg de probleme ale geriatriei și gerontologiei contemporane, aducînd în dezbaterea specialiștilor ultimele progrese realizate atît în domeniul cercetării fundamentale, adică al cunoașterii mecanismelor celor mai intime ale procesului de îmbătrânire și în domeniile aplicative – profilaxia îmbătrînirii patologice, terapia imbolnăvirilor specifice acestei etape, direcțiile de prelungire a vieții active, participarea de durată a persoanelor vîrstnice la activitatea socio-economică.

În mod deosebit însă această prestigioasă manifestare științifică a fost marcată de evidențierea marilor și recunoscutelor contribuții românești la progresul științelor despre îmbătrînire, amprentă a tuturor secțiunilor științifice desfășurate în cadrul tematicii congresului, dar mai ales în cadrul Simpozionului „Terapia Aslan”, care a fost consacrat celor mai importante contribuții românești în geriatrie, recunoscută larg în lumea științifică internațională, contribuție care se adaugă altora ale școlii noastre de medicină. Pentru că gerontologia și geriatria românească, dezvoltînd o valoroasă tradiție începînd cu savanții Gh. Marinescu și C.I. Parhon, recunoscuți pe plan mondial printre pionierii geronto-geriatriei, a înscris și alte priorități românești în patrimoniul de cuceriri ale acestor științe despre om: crearea primului Institut de geriatrie din lume în anul 1952, al cărui model de organizare a fost preluat de alte instituții similare apărute ulterior în multe țări, elaborarea conceptului de profilaxie a îmbătrînirii, larg răspîdit și acceptat astăzi în lumea științifică, concept elaborat de acad. Ana Aslan, contribuții la îmbătrînirea endocrină, în sfîrșit, direcții mai recente ale afirmării cercetărilor fundamentale ale procesului de senescență, cum este cronobiologia îmbătrînirii, ramură tînără a biologiei, care va îmbogăți mecanismele de apărare ale organismului uman, cu seducătoare perspective de aplicabilitate cum este cronopatologia și cronoterapeutică.

Simpozionul care a fost progamat în ultima zi a congresului, ca o sinteză convergentă a tuturor demersurilor de cercetare fundamentală, experimentală, clinică apare cu finalitate de maxim interes practic în profilaxia și tratamentul tulburărilor induse de îmbătrînire. El s-a bucurat de un interes major din partea participanților români și străini. Cercetătorii au prezentat un număr de 110 comunicări științifice, alături de cei români fiind prezenți cu lucrări cercetători din Cehoslovacia, Grecia, Elveția, Belgia și Brazilia, ceea ce sugerează interesul care se manifestă față de această metodă de terapie îmbătrînirii a primului produs din gama de produse „Aslan”, fiindcă primul produs Gerovital H3, pe bază de procaină, a intrat în terapie în anul 1957; după 13 ani, în anul 1970, în urma unor studii



profunde și îndelungate - ceea ce sugerează existența și probitatea științifică a marelui savant și a colectivului pe care l-a condus - este omologat al doilea produs din seria de produse eutrofice - Aslavit - care conține, pe lângă procaină, un factor activator și un factor antiaterogen, ceea ce îi conferă atât efectul eutrofic cât și cele favorabile asupra unor tulburări de îmbătrânire ale sistemului nervos central și ale aparatului cardiovascular.

În 1979 este omologat produsul „Aslavit de uz infantil”, eficient în recuperarea copiilor cu deficiențe mintale, după ce între timp apăruseră și produse apreciate în domeniul cosmetologiei și cosmiatriei.

Un mare câștig pentru consolidarea produselor gerontologice în terapeutică a reprezentat utilizarea, începând din 1961, a terapiei eutrofice cu Gerovital H3, prin organizarea de centre gerontologice în întreprinderi industriale și agricole, în cadrul cărora s-a realizat administrarea curelor profilactice la muncitorii de peste 40-45 de ani.

De altfel, un aspect asupra căruia a insistat autoarea produselor eutrofice a fost indicația ca acest tratament eutrofizant să fie aplicat în cure îndelungate cu ritmul și cu pauzele indicate de medicul geriatru, luând ca bază schema elaborată de autoare, condusă determinată de concepția despre bătrânețe ca un proces distrofic generalizat cu evoluție îndelungată, care poate fi influențat favorabil atât prin demersuri profilactice (inclusiv prin cure profilactice cu Gerovital) cât și prin terapie curativă cu produse eutrofizante a bolilor cronice, care „parazitează” îmbătrânirea și precipită fenomenele regresive.

Paralel cu dezvoltarea aplicării în țară a tratamentelor cu produsele Gerovital H3 și Aslavit a crescut tot mai mult interesul oamenilor de știință, al medicilor și al altor specialiști din străinătate pentru această metodă, care s-a extins în tot mai multe țări. Numeroși medici și cercetători au venit în țara noastră pentru a studia și a-și însuși metodologiile aplicării tratamentelor eutrofice. Ca urmare a recunoașterii eficacității metodei și a rezultatelor, un mare număr de pacienți străini au solicitat și solicită să urmeze tratamentul geriatric în țara noastră în cadrul secțiilor clinice ale institutului ca și în stațiunile balneoclimaterice unde sunt organizate secții clinice de cură geriatrică.

Cum aminteam, în cadrul simpozionului au fost abordate prin intermediul a 110 lucrări și comunicări științifice toate laturile problemei, incluzând cercetări experimentale, fundamentale, farmacologice și clinice, studii profilactice și terapeutice. Au fost relevate aspecte privind originalitatea „metodei Ana Aslan”, mecanismele de acțiune ale medicamentului, modalitățile de interacțiune la nivel enzimatic și celular, s-au comunicat experimente clinice privind lărgirea gamei de indicații ale utilizării produselor eutrofice. În fine, multe lucrări au prezentat experiențe ale unor studii longitudinale, populaționale, asupra efectelor geroprofilactice.

Simpozionul a adus date noi în ceea ce privește mecanismele de acțiune, eficacitatea terapeutică, profilactică și curativă, lărgirea indicației de administrare, ceea ce a reprezentat în cele din urmă noi câștiguri terapeutice, consacrarea acestei originale metode terapeutice, prioritate românească recunoscută.

În cele ce urmează vom prezenta Aslavitul, unul dintre produsele originale românești care s-a impus și continuă să se impună în terapeutică nu numai în țară, ci și peste hotare. Acest produs din seria procainei a fost destinat de autori unei influențări mai diferențiate a sistemului nervos al vîrstnicului. Ca urmare, pornindu-se de la acțiunea Gerovitalului asupra sistemului nervos și de la acțiunea acestuia de reglare a metabolismului grăsimilor, implicate cum se știe în mecanismul aterosclerozei, s-a adăugat formulei de bază un factor stimulator al celulelor nervoase și un factor lipotrop, adică reglator al metabolismului grăsimilor; a rezultat Aslavitul, un medicament cu efecte pozitive mai marcate în sfera sistemului nervos, dar care asociază și efectele generale trofice ale substanței de bază, procaina, asupra funcțiilor pielii și a fanerelor, asupra fiziologiei cordului oboșit, asupra distrofiilor neuromusculare, asupra conținutului în grăsimi a singelui.

Sub formă de fiole și drageuri începe să fie administrat în Institutul Național de Geronto-

(Continuare în pag. 110)

**Dr. Constantin BOGDAN și
Dr. Mihai POPESCU**

VÎRSTNICII — CONTEMPORANII NOȘTRI

SĂNĂTATE ȘI LONGEVITATE

Ascensiunea duratei medii a vieții, indicator al calității acesteia, a înregistrat o accelerare spectaculoasă în ultimele cinci-șase decenii, ceea ce a făcut ca într-o perioadă istorică relativ scurtă omul să câștige câteva decenii de viață activă. De altfel, aceasta nu reprezintă decât materializarea, grație progresului civilizației contemporane, a unuia din cele trei mari obiective ale medicinei în viziunea gândirii antice: păstrarea sănătății, vindecarea bolilor și prelungirea vieții. Acest din urmă obiectiv, la realizarea căruia, în afara științelor bio-medicale, a contribuit și îmbunătățirea condițiilor social-economice și progresul tehnic, a devenit o realitate a epocii noastre, caracteristică până mai ieri a țărilor dezvoltate, dar care în următorii ani va marca ansamblul populației mondiale. Ca urmare, proporția persoanelor în vîrstă va atinge douăzeci la sută din totalul populațiilor.

Astfel, o cerință dintre cele mai importante o constituie integrarea populației vîrstnice în dezvoltare, prin utilizarea și stimularea capacităților și competențelor acesteia, adică alternativa pozitivă, a valorificării unei resurse economice și sociale, cealaltă alternativă, pe care societatea o respinge, fiind o bătrînețe neputincioasă și inactivă, o povară pentru bătrînii înșiși, pentru familie și pentru societate. Dar o asemenea perspectivă optimistă și benefică implică eforturi pentru realizarea unei cît mai înalte calități a vieții la vîrsta a treia, ceea ce impune sarcini deosebite cercetării științifice gerontologice, altor organisme sociale, educaționale, culturale, într-un sens mai larg întregii comunități.

De altfel, recent (1988), Organizația Mondială a Sănătății a elaborat un program internațional de cercetare a îmbătrînirii sub deviza înțelegerii că „oamenii pot îmbătrîni sănătoși”, iar printre principalele obiective ale acestui program se află inițierea și sprijinirea cercetărilor care să elucideze procesele fundamentale ale îmbătrînirii, delimitarea mijloacelor celor mai eficiente de prevenire și combatere a manifestărilor clinice legate de îmbătrînire, promovarea celor mai corespunzătoare relații între persoanele vîrstnice și societate.

Dincolo de angajarea acestei largi desfășurări de forțe, se apreciază că există și căi mai simple, ignorate, în ciuda eficacității pe care ar putea s-o aibă în atingerea unui obiectiv esențial: promovarea unei bătrîneți sănătoase și active, premisă a participării de durată a membrilor vîrstnici ai societății la viața socială, economică și culturală, integrarea lor în dezvoltare.

Această cale simplă o reprezintă edificarea unei concepții pozitive despre bătrînii și bătrînețe, delimitarea unei opinii favorabile față de vîrstnic și locul său în societate. Efectele tradu-

cerii în tapt a acestei concepții, care se asociază altor măsuri menționate mai înainte, sînt reprezentate de promovarea unei longevități active, cu vîrstnici sănătoși și utili, integrați în familie și în societate. Iar rolul important în direcția acestei acțiuni revine tuturor acelor „încă ne-bătrîni”, care pentru a-și exercita acest rol trebuie să-și însușească o serie de cunoștințe despre îmbătrînire, cunoștințe asupra cărora ne-am propus să stăruim în cele ce urmează:

- Să nu uităm că tinerii și bătrînii fac parte, în aceeași măsură, din societate, numai rolurile lor fiind diferite, iar bătrînețea constituie o perioadă a vieții omeneste care nu poate fi eludată.

- Astăzi privim bătrînețea ca pe un proces fiziologic și natural și nu ca pe unul morbid, ideea bătrîneții-boală aparținînd istoriei căutărilor de a descifra mecanismele îmbătrînirii. Altfel spus, îmbătrînirea este un proces natural obligatoriu, în timp ce îmbolnăvirile sînt accidente care pot lipsi și care sînt evitabile, aceasta fiind în interesul unei îmbătrîniri normale, sănătoase.

- Aceasta înseamnă că trebuie să ne pregătim să privim bătrînețea nu ca pe o dramă, ca pe o catastrofă, ci ca pe o etapă firească a vieții, care, ca și celelalte vîrste, are avantajele și dezavantajele ei.

- Să nu identificăm bătrînețea neapărat cu bolile, deși, este drept, îmbolnăvirile pe terenul ei pot fi mai frecvente; să n-o identificăm cu declinul, pentru că dacă unele funcții și capacități pot regresa, altele se mențin mult timp, pînă la vîrste înaintate, iar unele pot chiar, la vîrsta senectuții, să înregistreze creșteri. Astfel, scad progresiv capacitățile fizice, capacitatea de adaptare la schimbări diminuează, dar aceasta poate fi consolidată prin autoeducație; în schimb, funcțiile intelectuale nu sînt afectate de procesul de îmbătrînire, performanțele în acest domeniu fiind asemănătoare cu cele ale tinerilor și adulților. Argumentele acestor afirmații sînt constituite din păstrarea capacității de creativitate la vîrste foarte înaintate, istoria culturii și a științelor aducînd numeroase exemple în acest sens.

- S-a constatat că vîrstnicii conservă capacitatea de a învăța: aceasta a făcut ca în multe țări să apară diverse forme de educație continuă post-profesională — universități geriatrice, lecturate —, care contribuie la însușirea de către vîrstnici de noi cunoștințe și deprinderi, ce vor fi valorificate în interesul lor și al colectivității.

- Să ne gîndim totdeauna că bătrînețea nu-i atinge numai pe alții, ci și pe noi, mai devreme sau mai tîrziu.

- Să ne reamintim că atitudinea de cînstire și respectare a omului în vîrstă a devenit încă din antichitate normă tradițională de comportare, fiind înscrisă și astăzi în codurile etice ca semn de bună creștere și bunăcuviință. Bătrînii trebuie

prețuți ca depozitari ai unor experiențe îndelungate de care pot beneficia și cei din jur.

- În timp ce atitudinea de respect și recunoștință se constituie într-un factor care favorizează sănătatea vîrstnicului, atitudinea de desconsiderare, ignorare, lipsă de respect, de neluare în seamă de către cei din jur creează un sentiment de inutilitate, de frustrare, care precipită fenomenele regresive, îmbătrînirea precoce, accelerată.

- Alături de conduita ne bătrînilor în general ca factor de influențare a calității îmbătrînirii, un rol deosebit de important, insuficient recunoscut ca atare, îl joacă familia, climatul psihologic și relațional care-l înconjoară pe vîrstnic.

- O familie în care relațiile au fost construite pe temelii firești ale dragostei și stimei, ale respectului reciproc și într-ajutorării va găsi totdeauna soluțiile integrării vîrstnicului în organismul familial.

- Familia este mediul natural al persoanei vîrstnice, care este pînă la sfîrșit parte integrantă a mediului familial; în păstrarea și multiplicarea contactelor intrafamiliale rezidă secretul unei bătrîneți fericite.

- Ființa umană este indisociabilă de mediul său de viață, iar, în ce-l privește pe bătrîn, ne bătrînii au datorat de a face ca acest mediu să-i fie favorabil, prielnic menținerii sănătății sale pînă la o vîrstă înaintată. Să ne imaginăm o plantă care se dezvoltă firesc pe tot parcursul ciclului său vital într-un mediu prielnic; scoasă din acest mediu ea își va pierde vitalitatea, va trăi mai puțin.

- Avînd în vedere rolul pozitiv al familiei asupra calității vieții vîrstnicului este imperios necesar să se mențină sau să se reactiveze legăturile de familie, să se restabilească altele și chiar, susținî unii cercetători, în lipsa familiei, să se constituie așa-zisa „familie de substituție”, formată din rude, prieteni, oameni de bine din cartier, organe obștești.

- Diminuarea capacităților de adaptare la schimbări ale bătrînilor trebuie să impună înțelegere și adaptarea celorlalți membri ai familiei la modificările de conduită ale vîrstnicilor și nu invers.

- Bătrînul trebuie să fie solicitat, nu ignorat, subsolicitarea constituindu-se într-un factor nociv de precipitare a proceselor regresive; subsolicitarea lipsește diversele funcții de antrenamentul necesar de dezvoltare a inactivității, fizică și intelectuală, izolarea și consecutiv depresia, scăderea tonusului vital.

- O conduită progeriatrică a familiei (adică în favoarea vîrstnicilor, prielnică unei longevități active) ar trebui să favorizeze păstrarea unui cîmp de inițiativă pentru vîrstnic în cadrul familiei; să i se ia vîrstnicului în considerație opiniile, să fie „ascultat”, să participe la inițiativele celorlalți; să se încerce o antrenare motivațională a vîrstnicului în activități care să dea acestuia sentimentul utilității; să se ofere vîrstnicului un climat protector, de echilibru, prin evitarea conflictelor, a traumelor psiho-afective, a carențelor și frustrărilor afective.

- Diminuarea și pierderea de roluri și statute sociale și în familie trebuie compensate prin atribuirea altora, adecvate, potrivite cu noile sale poziții impuse de înaintarea în vîrstă; între ace-

tea, rolul de bunic conferă un sentiment de utilitate, prezența nepoților avînd efecte revitalizante, optimizante pentru psihicul vîrstnicilor. Gama de roluri noi poate fi îmbogățită în funcție de nevoile diferitelor grupuri, prin angajarea în activități obștești de interes social, umanitar, de sprijin a unor persoane aflate în dificultate (bătrîni infirmi, handicapați etc.).

- S-a constatat că moralul bătrînului este cu atît mai bun, sănătatea și calitatea vieții sale de asemenea, cu cît el este mai aproape de copii. Bătrînii care-și petrec duminicile în mijlocul unei familii compuse din trei generații sînt mai sănătoși și trăiesc mai mult decît cei care trăiesc de parte (la propriu și la figurat), singuri.

- Privind valorificarea acestei resurse de promovare a unei mai bune calități a vieții vîrstnicilor, care este familia, să nu se uite că multe dintre relațiile cu vîrstnicii pot fi armonizate dacă vom porni de la recunoașterea adevărului că și noi vom fi, la rîndul nostru, bătrîni.

RESURSELE FAMILIEI

În trecut posibilitățile de a combate și a preveni îmbătrînirea patologică au fost privite de oamenii de știință cu scepticism exagerat. În prezent aceste posibilități sînt apreciate ca reale și, la achizițiile din domeniul biologiei și medicinei, al farmacologiei, tot mai mult se adaugă achiziții, verificate de cercetarea științifică și de practică, în domeniul social, psihologic, cultural; disciplinele educaționale, comportamentale, ecologice își legitimează tot mai mult eficacitatea intervențiilor în sensul îmbunătățirii calității vieții vîrstnicilor, al atingerii obiectivului longevității active.

În acest cadru, un rol important, insuficient cunoscut și apreciat ca atare, îl au, cum s-a văzut, resursele familiei. La îndemîna familiei stau instrumente eficace, superioare de multe ori altor mijloace terapeutice: considerația, respectul și înțelegerea, modelarea unui mediu psihologic favorabil, antrenarea motivațională a vîrstnicului, reorientarea rolurilor sale în sensul înlocuirii frustrării cu sentimente de utilitate, evitarea inactivității fizice și intelectuale, combaterea subsolicității și a izolării. Utilizînd cu artă aceste instrumente, utilizare care nu impune eforturi deosebite, fiind firească, naturală, se vor obține avantaje reale atît pentru bătrîn, cît și pentru familie și societate.

A trăi cît mai mult, dar nu oricum, este o pretenție justificată și un interes legitim nu numai al individului, ci și al colectivității. În aceste condiții, educația progeriatrică devine un imperativ al epocii noastre și, în același timp, o garanție a calității îmbătrînirii.

Conduita nevîrstnicilor față de vîrstnici, cea pozitivă evident, pe care am încercat în aceste rînduri s-o identificăm cu o cale la îndemînă pentru o calitate a îmbătrînirii superioare, se poate construi pornind de la însușirea următoarelor adevăruri: bătrînilor le datorăm foarte mult și, înainte de toate, faptul că noi, cei nevîrstnici, existăm și ne bucurăm de viață, inclusiv de valorile la a căror creație ei au contribuit. Ei sînt părinții și bunicii noștri, sînt tinerii de ieri, sîntem noi cei de mîine.

ÎNGRIJIREA VÂRSTNICULUI BOLNAV LA DOMICILIU

Astăzi familia trebuie să dispună nu numai de cunoștințele necesare prevenirii îmbolnăvirilor și acordării primului ajutor, ci și de cunoștințe de îngrijire a unor categorii de bolnavi; între acestea vîrstnicii, deoarece, cum se știe, vîrsta înaintată predisune la îmbolnăvire, diminuează capacitatea de autoîngrijire.

Prelungirea duratei de viață crește astăzi probabilitatea supraviețuirii vîrstnicilor pînă la o etate foarte înaintată și, consecutiv, probabilitatea îmbolnăvirilor acestora.

Pe de altă parte, nu toți vîrstnicii, și cu deosebire cei cu suferințe cronice sau dependenți de îngrijirea altora, ca urmare a unor vîrste foarte înaintate, pot fi îngrijiți în unități sanitare. Adevse în spital se acordă îngrijirile de urgență, în faza acută de boală, îngrijirile în convalescență, de refacere, urmînd să se acorde în familie, după caz, sub supravegherea medicului de familie sau urmînd prescripțiile de la externarea bolnavului. Iată de ce familia trebuie să-și includă în bagajul de cunoștințe de cultură sanitară și unele noțiuni generale de îngrijire a vîrstnicului bolnav cronic.

- Mai întîi trebuie să știe că vîrstnicul bolnav suportă greu spitalizarea și cu atît mai greu dacă aceasta se prelungește. Scăderea capacității sale de adaptare la schimbările de mediu fizic și psihologic, caracteristică importantă a îmbătrînirii (pentru unii gerontologi îmbătrînirea ar fi în esență o pierdere progresivă a capacității de adaptare), îl fac pe vîrstnic foarte fragil la orice schimbare de mediu.

- Pe de altă parte, diminuarea forțelor fizice prin îmbătrînire, care poate fi adîncită și de îmbolnăvire, îi limitează mobilitatea generală, îi diminuează pînă la anulare abilitatea unor gesturi dintre cele mai obișnuite, ceea ce duce la o limitare sau chiar dispariție a capacității de autoservire. Aceasta impune ca, pe lîngă îngrijirile și manevrele terapeutice specifice impuse de tipul de boală, anturajul familial să aibă în permanentă atenție și acordarea unor îngrijiri simple, elementare, care, tocmai pentru aceasta, pot fi uitate sau neglijate: alimentația, aportul de lichide (foarte important!), toaleta zilnică (spălat, pieptănat, tăiatul unghiilor, curățirea protezei dentare), facilitarea accesului la unele obiecte care îi sînt necesare sau pe care le dorește.

- Un lucru care se cunoaște mai puțin este acela că odată cu înaintarea în vîrstă **se pierde progresiv senzația de sete**. Se știe că setea este un semnal biologic foarte important al lipsei de apă suficientă în organism, acesta neputîndu-și realiza în mod optim funcțiile vitale decît în condițiile unei cantități corespunzătoare de lichide. Cunoașterea acestui aspect aduce riscul favorizării deshidratării organismului vîrstnicului, cu consecințe uneori grave.

La scăderea senzației de sete se poate adăuga și o pierdere mai mare de lichide prin îmbolnăvire - transpirații, vărsături, diaree -, pierdere care se accentuează în condiții de creștere a temperaturii mediului ambiant, cum se întîmplă de regulă în anotimpul cald. Concluzia care se desprinde, cunoscînd cele de mai sus, este aceea

a obligației anturajului familial de a hidrata activ vîrstnicul bolnav, nu conducîndu-se după solicitarea sa, ci urmîrind să-i asigure un aport de lichide corespunzător, care să-i acopere pierderile; acest aport trebuie să fie, în medie, de circa trei litri (în anumite condiții chiar patru), incluzînd apa și celelalte lichide din alimentație (ceai, compot, supă), atunci cînd medicul nu prescrie altfel.

- Alte aspecte pe care trebuie să le cunoască familia și să țină cont de ele privesc modificările psihice și intelectuale pe care, pe de o parte, le determină procesul de îmbătrînire, pe de alta, le provoacă sau le adîncește și procesul de îmbolnăvire, mai ales cînd acesta atinge sfera neuro-psihică și chiar cînd antrenează celelalte organe somatice prin efect în sfera psihică căreia i se spune „reactiv”. Astfel, bătrînul începe să uite, deficitul memoriei fiind constant și progresiv. Aceasta impune, cu deosebire, grijă în administrarea medicamentelor. El poate prezenta o stare de nervozitate, de iritabilitate pe timpul bolii, și chiar de agitație, de neliniște psiho-motorie, care trebuie privită cu înțelegere, ca orice alt simptom. Uneori această stare devine sursă de conflicte și de tensiune, ceea ce adîncește suferințele bătrînului. O atitudine de înțelegere, de calm și blîndețe din partea familiei, la care se poate adăuga, de la caz la caz, și solicitarea medicului, care va prescrie medicamentele necesare, va duce la atenuarea și dispariția acestei simptomatologii. În situații frecvente poate apare o tulburare psihică importantă (depresia), o stare de tristețe care poate fi foarte profundă, asociînd lipsa de voință, de inițiativă, refuzul de a comunica (negativism verbal) și refuzul de a se alimenta (negativism alimentar). Și această stare poate fi depășită, apelînd la aceeași înțelegere, blîndețe și răbdare din partea familiei și la tratamentul antidepressiv prescris de medic.

- În sfîrșit, pentru a încheia cu aceste noțiuni generale, pe care considerăm că trebuie să le cunoască familia, trebuie arătat că la bătrînet are loc un proces de modificare a sensibilității în sfera organelor de simț. Bătrînii pierd progresiv acuitatea vizuală și pe cea auditivă. Privind acest din urmă aspect, mai greu de corectat, trebuie adăugat că ei nu numai că aud mai greu dar și înțeleg mai greu. Aceasta nu trebuie să ne determine să evităm să le vorbim, menținerea comunicării pentru ei fiind vitală, ci, mai mult, să ne mobilizăm pentru răbdare și înțelegere; să le vorbim rar, ceva mai tare, privindu-i spre a ne urmări mișcarea buzelor, să repetăm de cîte ori este nevoie textul comunicării, pînă ne convințem că ne-au înțeles.

De altfel, cheia eficacității în îngrijirea suferințelor vîrstnic este, înainte de toate, înțelegerea. Pornind de la această premisă (cineva o numea, în termeni mai literari, mai sociologici „opinie favorabilă” față de problemele sale), adăugînd răbdare, blîndețe și un minimum de cunoștințe necesare, pe care ne-am străduit să le semnalăm, putem spera la o îngrijire a vîrstnicului de o calitate cît mai bună, putem avea satisfacția pe care o resimte medicul cînd vindecă sau alină suferințe; aceasta cu atît mai mult cu cît îngrijirea vîrstnicului, binele și calitatea vieții sale sînt, în primul rînd, o datorie a familiei.

Dr. Constantin BOGDAN

SEMNE OCULARE ȘI INTERPRETĂRI

Albul ochilor înroșit, un vâl în fața ochilor, musculițe care zboară în toate direcțiile... Fiecare dintre noi a simțit, într-un moment sau altul, aceste mici tulburări de vedere, fără a le da prea mare atenție. Însă, recunoașteți, de îndată ce aceste mici incidente au trecut, nici nu vă mai gândiți la ele!

Eroare! Ar trebui să le băgați în seamă; sau, mai mult, să le priviți cu o vigilență sporită, pentru că aceste incidente sînt adesea adevărate semnale de alarmă! Ele pot fi semnele unor boli serioase, ca de exemplu hipertensiunea și, mai ales, al unor complicații la nivel cerebral. Bineînțeles, trebuie precizat de la început că anomaliile de vedere despre care vorbim nu au nici o legătură cu miopia (vedere proastă de departe) sau cu presbiția (vedere proastă de aproape).

În cazul de față, este vorba de semne mai discrete, în general indolore (nedureroase), și care au caracteristica de a fi trecătoare, ceea ce explică, de altfel, și lipsa dv. de atenție față de ele. Aceste simptome ar trebui să vă determine să consultați de urgență un oftalmolog, avînd cauze variate. Astfel, într-o dimineață, la trezire, remarcăți că aveți albul unui ochi complet înroșit. Nu spuneți: „Nu-i nimic, probabil că m-a tras un curent”, gândiți-vă mai degrabă ce a putut provoca această roșeață. În realitate ar putea fi vorba de o afecțiune alergică sau de o infecție a conjunctivului, numită conjunctivită. Dacă nu este tratată la timp, această infecție poate antrena complicații la nivelul corneei, adică al membranei transparente anterioare ochiului. Pentru a preveni orice pericol este indicat, deci, să semnalati incidentul medicului specialist. Dar roșeața mai poate fi și semnul unei mici hemoragii, care, cel mai adesea, se resoarbe de la sine în câteva zile, fără tratament. Și în acest caz, însă, este bine să consultați medicul, chiar dacă roșeața a dispărut pînă în ziua consultației. Examinîndu-vă ochii, specialistul va verifica dacă această hemoragie este sau nu un semn de fragilitate capilară. Și dacă este așa, el vă va sfătui cu siguranță să vă adresați unui cardiolog, pentru a face un bilanț al aparatului dv. circulator.

O altă situație: aveți în jur de 50 de ani și de cîțiva ani sînteți atins de presbiție, adică nu vedeți prea bine de aproape. Deodată, într-o zi, observați că vederea vi s-a ameliorat ca prin farmec. Vă sfătuim să nu vă bucurați prea repede, ci să vă hotărîți mai degrabă să consultați medicul specialist oftalmolog. De ce? Pentru că presbiția este o anomalie a ochiului care nu se poate rezolva de la sine. Dacă dintr-o dată vedeți mai bine e semn că în realitate cristalinul dv. s-a modificat, s-a întărit, și acest semn poate fi prevestitorul unei cataracte, adică al unui început de opacifiere a cristalinului.

Un alt semn ocular mai poate constitui și faptul că vedeți punctișoare negre, care vi se plimbă prin fața ochilor. Începînd de la 45—50 de ani, aceste „musculițe” sînt un fenomen foarte frec-

vent. Un oftalmolog vă va preciza dacă ele se datoresc unei restrîngerii a umoarei apoase, care umple camera posterioară a ochiului. Dacă această cameră se micșorează prea mult, există riscul dezlipirii, ba chiar al rupturii retinei, două boli ale ochiului care trebuie tratate de urgență, cu riscul apariției glaucomului (hipertensiunii oculare).

Nu trebuie neglijat nici faptul că vedeți — întotdeauna în același loc — mici pete de culoare albastră sau mici puncte luminoase care seamănă cu niște steluțe. Atenție! Ar putea fi semnele prevestitoare ale unei dezlipiri de retină. De asemenea, dacă, dintr-o dată, vedeți apărîndu-vă în fața ochilor fulgere luminoase, numite de specialiști „fosfene”, vă sfătuim să dați dovadă de și mai multă vigilență, pentru că acestea prevestesc o ruptură de retină, boală la cărei tratament este aproape totdeauna chirurgical și foarte delicat.

Un alt caz care poate surveni frecvent este apariția unui vâl în fața ochilor; și el se înscrie în categoria semnelor oculare. Dacă acest vâl este de culoare maronie sau neagră, el este provocat de o mică hemoragie. În această situație este bine să consultați un specialist pentru a-i afla cauza. Oftalmologul vă va spune că poate fi vorba de o ocluzie, de plesnirea unui mic vas de sînge, de o complicație a diabetului sau de un început de dezlipire de retină.

Dacă, dintr-o dată, nu mai vedeți deloc clar cu un ochi, fiți atent chiar dacă acest semn nu durează decît cîteva secunde. Această scurtă orbire poate fi provocată de un mic chiag de sînge care astupă artera centrală a retinei. Bineînțeles, cînd acest chiag trece mai departe vedeți imediat clar, dar el poate provoca mai tirziu probleme mult mai grave. De exemplu, dacă astupă o arteră cerebrală, există riscul de hemiplegie, adică de paralizie a unei jumătăți a corpului. Din fericire, în majoritatea cazurilor, astăzi asemenea accidente pot fi prevenite. Dacă vă adresați medicului oftalmolog, în urma acestei pierderi a vederii, după ce vă va examina ochii vă va recomanda un examen cardiovascular complet, care să detecteze chiagul și apoi să facă să dispară printr-un tratament adecvat.

În fine, un ultim semn, aparent minor, dar care poate fi totuși simptomul unei boli de ochi: vederea vi se tulbură brusc, vedeți un fel de curcubeu în jurul obiectelor luminoase și aveți fie grețuri, fie dureri de cap. Adresați-vă de urgență oftalmologului, pentru că acest semn poate prevesti formarea unui glaucom. În caz de criză acută, glaucomul se manifestă printr-o durere foarte vie la nivelul ochiului. Pentru mai multă prudență, însă, consultați pe specialist chiar dacă nu simțiți durerea, pentru că glaucomul este o boală gravă și constituie principala cauză a orbirii în țările dezvoltate.

Așadar, dacă sînteți atent la simptomele oculare pe care le-am enumerat, aveți toate șansele să vă mențineți vederea și sănătatea.

Dr. Aurel ROSIN

NEURALGIA CERVICO-BRAHIALĂ

Este o suferință radiculară, cea mai frecventă după sciatica vertebrală, cu punct de plecare de la segmentul cervical al coloanei vertebrale, fiind expresia conflictului mecanic dintre unele componente ale vertebrelor cervicale și plexul brahial provenit din rădăcinile nervilor rahidieni. Există o topografie a simptomelor, proiectate la nivelul brațelor și al degetelor, manifestate prin amorțeală, uneori inflamații și tulburări circulatorii manifestate prin înroșirea și învinetirea extremităților distale ale brațelor: pumnii, degetele și palmele.

Se descriu două forme importante de nevralgie cervico-brahială: o formă simptomatică și o alta așa-zisă esențială.

Forma simptomatică sau secundară are ca factor determinant diverse compresii (adenopatie axilară - ganglioni axilari), tuberculoză (TBC) osoasă sau morbo Pott, neoplasme vertebrale cervicale, coastă cervicală congenitală, infecții diverse, zona Zoster, encefalite, intoxicație alcoolică, scleroză în plăci (scleroza măduvei), tratamente prelungite cu barbiturice, în special cu Fenobarbital.

Forma esențială sau primitivă apare la pacienți de peste 40 de ani, cu predilecție la femei. Suferința este generată de multe cauze: diverse virusuri, focare infecțioase ce influențează traectul radicular și orificiile de conjugare ale nervilor rahidieni, unele procese osoase de natură osteofitică, uzuri discale, deplasări ale unei vertebre (listezis) sau unele modificări congenitale (liză), malformații vertebrale vizibile prin bloc vertebral (unirea vertebrelor cu dispariția spațiului articular vertebral, care se pot întâlni adesea în număr de 2 sau chiar 3 vertebre în bloc, dobândite prin procese infecțioase, inflamatorii, traumatiche sau congenitale). Aceste blocuri pot da forme grele de nevralgii brahiale, deoarece și compresiunile radiculare pot fi mai mari și persistente, segmentul respectiv pierzându-și funcționalitatea parțial sau chiar total.

Dominanta clinică este durerea, care poate apărea brusc sau lent, precedată uneori de durere în jurul gâtului, însoțită uneori și de amețeli. Durerea are caracter de arsură sau de ghiară, ce împiedică liniștea și somnul, explicată și prin modificări vasculare locale compressive. Ea iradiază în brațe până la degete, de obicei unilateral, și corespunde cu patologia unora din cei 7 nervi rahidieni, pe toate fețele brațului: anterioară, posterioară, externă, internă și în degete. Uneori durerea nu are caracter chiar radicular, fiind difuză, poate iradia și spre ceafă, craniu, gât, omoplat, în coloana vertebrală toracală superioară, bolnavul ținându-și uneori coloana cervicală înclinată de partea bolnavă (torticolis).

Durata simptomelor dureroase poate persista circa 3-4 săptămâni și chiar mai mult, cu intermitențe în funcție de forma leziunilor și de tratamentul instituit. Durerile secundare unor procese neoplazice, primare sau metastaze, se agravează din ce în ce, devin rebele și pot fi calmate, cu timpul, numai de medicamente speciale de tipul morfinei.

Perioadele de acalmie pot fi urmate de noi

crize, datorită faptului că segmentul cervical, ca și cel lombar, suferă o uzură mai mare prin solicitare mare, prin mobilizarea mai mare mecanico-fizică, prin expunerile mai mari la frig, umezeală, curenți reci de aer, ca regiune descoperită imperiilor. Existind în vecinătate surse de infecții (nas, faringe, sinusuri, urechi), acestea pot acționa în agravarea suferinței radiculare.

Coasta cervicală, malformație congenitală a apofizei traverse a vertebrei C7 (mai mare decât celelalte apofize), poate genera suferință radiculară foarte rebelă la tratament, uneori necesitând intervenție chirurgicală.

Evoluția bolii este, în general, bună, deși foarte dureroasă, cu perioade mai scurte sau mai lungi, în funcție și de factorii locali generatori. Suferința poate duce la incapacitate temporară de muncă, mai ales când se asociază cu suferințe reumatice de vecinătate - nevralgii occipitale, de trigemen, cu puncte de plecare tot la nivel cervical.

Durerile mai pot iradia spre omoplat sau precordial, generând confuzii cu suferințele coronariene (cu angorul pectoris). Explorările cardiace sînt necesare spre a se exclude participarea coronariană.

Important de reținut este faptul că suferința compressivă cervico-brahială poate avea forme tipice sau atipice de manifestare. Cele atipice trebuie cunoscute și tratate; trebuie excluse simptomele ce nu țin de segmentul cervical, ca, de exemplu, cele coronariene.

Tratamentul nevralgiei cervico-brahiale este de lungă durată și poate fi cauzal și simptomatic. Ca antiinflamatorii se utilizează Indometacinul, Fehinizonul, derivați cortizonici aplicați local și per os, infiltrații locale cu Xilină 1% și derivați cortizonici, o dată sau de două ori pe săptămână. Totuși preparatele cortizonice sînt de excepție, aplicându-se atunci cînd cele nesteroidiene nu dau rezultate.

Tratamentul medicamentos se asociază cu proceduri fizicale: curenți diadinamici (doze sedative, cite 10 ședințe pe cură), băi galvanice, masaje, galvanizări, ionizări (clorură de calciu, Xilină sau sulfat de magneziu). Roentgeno-terapia este, de asemenea, un tratament eficient, folosindu-se doze mici, de 50 r, cite 4 ședințe la interval de 2 zile. Nu se aplică la persoane ce au modificări în formula sanguină, leucemii sau anemii, precum și la marii hipertensivi. Această formă de terapie este contraindicată la pacienții tineri. Gimnastica medicală de specialitate este eficientă atît pentru durerile coloanei cervicale, cît și pentru restul simptomelor dureroase iradiate. Indicațiile balneare sînt, de asemenea, folositoare. În cadrul acestora se pot aplica nămolul cald sau băi specifice stațiunilor de profil: sulfuroase, carbogazoase, saline. Tratamentul ortopedic, chirurgical trebuie efectuat mai ales cînd suferința este generată de coasta cervicală, este trenantă și duce la tulburări mari compressive neuro-motorii ale brațelor.

Dr. Constanța IRIMESCU
Centrul metodologic de reumatologie

HOTELUL DE CURĂ „MĂGURA”



Acest nou obiectiv pe harta turismului balnear are următoarele caracteristici:

- Este situat la mică distanță de salina din localitatea Tirgu Ocna (județul Bacău) unde se efectuează cure de speleoterapie (de salină).

- Dispune de peste 200 de locuri de cazare în camere cu două paturi, cu baie și grup sanitar propriu, precum și de un restaurant și o braserie.

- Are o bază proprie de tratament cu instalații moderne de aerosoloterapie, termoterapie, dușuri subacvatice, gimnastică medicală ș.a. În aceeași bază de tratament se pot trata: afecțiuni reumatismale, boli de nutriție și metabolism, afecțiuni digestive, neurologice, cardiovasculare.

Biletele de tratament la Hotelul de cură „Măgura” și la salina din Tirgu Ocna pot fi procurate de la agențiile oficiilor județene de turism sau ale I.T.H.R. București.

Prezența noului Hotel de cură „Măgura” la Tirgu Ocna confirmă atenția ce se acordă în țara noastră asigurării condițiilor necesare pentru ca tot mai mulți oameni să poată beneficia de factorii naturali specifici. La Tirgu Ocna acești factori naturali sînt cei bioclimatici și cei existenți în salina din localitate. Eficiența speleoterapiei (curei de salină) se datorește: absenței aproape totale în salină a particulelor alergene și curenților de aer, deosebitei sterilități a aerului, particulei sale ionizări, temperaturii constante, prezenței în aer a unor particule extrem de fine de sare etc.

Speleoterapia este indicată în: astmul bronșic, rinita alergică, bronșita cronică astmatiformă, sindromul de suprasolicitare. Deci, toate aceste afecțiuni pot fi tratate cu bune rezultate și fără medicamente în salina de la Tirgu Ocna. Dar, să

Agenția de
Publicitate
Turistică



nu uităm: cura de salină se poate efectua numai cu avizul medicilor specialiști în afecțiunile menționate mai sus.

O cură blăneară la TÎRGU OCNA, în orice anotimp, înseamnă o vacanță de sănătate.

În cursul sejurului în această stațiune balneară există posibilitatea de a se beneficia și de numeroase modalități de a-l agrementa în funcție de vîrstă și preferințe: excursii și drumeții în împrejurimi, activități culturale la clubul orașului etc.

RĂZBOI ÎN JURUL ASPIRINEI

De la începutul anului, reviste, publicații științifice, ziare de mare tiraj și numeroase agenții de presă s-au angajat într-un adevărat război al aspirinei.

La aproape un secol de la descoperire, banalul acid acetilsalicilic este recunoscut pentru efectele sale împotriva durerii, a febrei, a inflamațiilor. Se știe, acum că are și o acțiune fluidizantă asupra sângelui. De aici, din această proprietate trecută multă vreme cu vederea, s-a emis ipoteza că aspirina acționează nu numai la nivelul unui organ, ci al unui sistem complex - prostaglandinele, substanțe foarte importante, înrudite cu acizii grași, aflate pretutindeni în organism. Descoperirea, aparținând britanicului John Vane, a fost încununată în 1982 cu un Premiu Nobel pentru medicină. Reacția a venit târziu: abia după șase ani. Dar la începutul lui 1988 știrile au început să se succedă cu repeziune. Mai întâi, revista „The Lancet” a publicat rezultatele unei anchete europene vizând efectul aspirinei în prevenirea accidentelor vasculare cerebrale pe baza studierii a 2 500 de persoane cu diagnosticul de accident vascular cerebral tranzitoriu sau regresiv. Primă cauză a infirmității „severe și definitive” - cum îl caracterizează neurologii din țările industrializate -, accidentul vascular cerebral este urmarea obstrucției brutale a unei artere a creierului printr-un cheag de sânge sau tromboză. Afecțiunile sunt în primul rând suferinzi de hipertensiune, diabet, hipercolesterolemie. La o treime din cazuri atacul cerebral este precedat de un accident ischemic tranzitoriu, afectând un membru sau aducând o tulburare brutală și reversibilă a vorbirii ori a vederii. Ca atare, bolnavii sunt spitalizați de urgență. Iar primul tratament recomandat, după descoperirea din 1982, este acela al unor doze mici de aspirină. Studiul european publicat de „The Lancet” arată că timp de 3 ani 1 250 de pa-

cienți au fost tratați cu aspirină, în doză de 325 de mg/zi, și Dipiridamol - tot un antiagregant plachetar -, în timp ce alții 1 250 de pacienți nu li s-a administrat aspirină. S-a constatat că dintre cei 2 500 de pacienți 473 au avut un nou atac cerebral sau au decedat; 190 făceau parte din grupa tratată cu aspirină iar 283 din cealaltă. Numărul de decese era de 108 din prima grupă și de 156 din a doua. Rezultatele în raport cu morbiditatea și mortalitatea erau deci net în favoarea unui tratament antiagregant plachetar.

La puțină vreme după aceea revista americană „New England Journal of Medicine” publica rezultatele unui studiu mult mai cuprinzător și mai de efect... publicistic, fiind efectuat pe 22 701 medici între 40 și 84 de ani. Jumătate din ei au luat cu regularitate 350 de mg de aspirină la două zile iar cealaltă jumătate un produs „placebo”, adică lipsit de orice efect. Studiul arată că după 5 ani s-a constatat că numărul atacurilor cardiace la cei ce le-a fost dată aspirină era cu 47 la sută inferior numărului constatat la cei ce au luat placebo. Publicația amintită tragea concluzia că „ingerarea regulată de aspirină la fiecare două zile reduce la jumătate riscul de accident cardiac”. Era pentru prima dată când o publicație formula o concluzie atât de clară în privința aspirinei.

Ca un ecou, în Franța, prof. dr. Mayer Samama, șeful serviciului de hematologie al Spitalului „Hotel Dieu” din Paris, anunța prin intermediul ziarului „Le Figaro” că „mai multe anchete au arătat că într-o maladie precisă - angor instabil - caracterizată printr-o recrudescență a anginei pectorale, aspirina are efect benefic. Ea constituie singurul medicament capabil să reducă la jumătate mortalitatea și rata infarctului în decursul angorului instabil”. Aceeași publicație atrăgea atenția și asupra

faptului că lucrări „foarte recente și preliminare” prezintă o acțiune „potențial favorabilă” a aspirinei și în tratamentul altor maladii: hipertensiunea femeilor însărcinate și preeclampsia, prevenirea caracterelor, tratamentul diareelor, al osteoporozei, al diabetului...

Desigur, publicațiile amintite nu uita să atragă atenția asupra faptului că „aspirina nu este lipsită de oarecare toxicitate, mai ales pentru stomac, nici de o oarecare număr de contraindicații”.

Între ele, „New England Journal of Medicine” a descris un fapt de-a dreptul incredibil, surprins la o femeie în vîrstă de 70 de ani. Aceasta se adresase dr. James R. Allen de la Clinica de psihiatrie și neurologie din Minneapolis deoarece de trei săptămîni, spre marea ei uimire, „un radio îi cînta în urechi cîtece din repertoriul anilor '30-'40”. Desigur, nu era vorba de un radio uita deschis într-un apartament vecin. De altfel, femeia consultase programul emisiunilor postului de radio local, care nu inclusese o asemenea transmisiune. De aceea, și-a amenajat o cameră fonoizolantă, dar rezultatul n-a fost cel așteptat. Medicii cărora li s-a adresat au bănuț-o de o afecțiune psihică. Au trebuit să constate că era totuși în perfectă sănătate mintală. Electroencefalograma era, de asemenea, normală. Suferea doar de o infecție ce putea afecta auzul, de otoscleroză și de o artrită; dar nici una dintre acestea nu explica ciudatul fenomen. Explicația s-a aflat abia atunci cînd s-a aflat că ea consuma 12 tablete de aspirină pe zi. Analizele au confirmat că proporția de compusi activi ai aspirinei din singele ei era mult peste nivelul normal. Reducîndu-i-se doza de aspirină, muzica a încetat în cîteva zile și nu a mai reînceput de atunci. Așa s-a aflat că dozele mari de aspirină pot provoca nu numai hemoragii digestive, ci și un țuit în urechi sau chiar pierderea auzului.

Era totuși un semnal de infimă importanță față de cel lansat de Centrul pentru studiul maladiilor din Atlanta. Acesta se adresa direct părinților și medicilor, avertizându-i că administrarea aspirinei în tratamentul infecțiilor virale (varicelă și gripă) la copiii mici și de vîrstă școlară ar putea duce la apariția Sindromului Reye - o maladie caracterizată prin febră, care se agravează pînă la convulsii puternice și vomă, urmarea fiind catastrofală: unul din patru copii bolnavi moare. Concluzie confirmată de Grupul pentru cercetări medicale din Washington, care avertiza: copiii cărora li se administrează aspirină, în timp ce sînt bolnavi de varicelă sau gripă, sînt de 25 de ori mai predispuși la apariția Sindromului Reye decît copiii, care nu au primit aspirină. Drept pentru care, Asociația consumatorilor de aspirină din S.U.A. a pretins guvernului să impună tipărirea de etichete de avertizare iar Margaret M. Heckler, secretara Societății de asigurări sociale, a propus Fundației producătorilor de aspirină aplicarea pe cutiile cu acest produs a unui anunț care să îi informeze pe cumpărătorii asupra unei posibile imbolnăviri a copiilor de Sindromul Reye. Iar Joseph White, președintele fundației amintite, a comunicat că întreprinderile de aspirină „Sterling Drug Inc.”, „Burroughs Wellcome Company”, „E.R. Squibb Sons Inc.”, „Proctor Gamble” ca și firma „Plough Inc.” sînt de acord și vor coopera în realizarea acestei acțiuni.

Dar toate acestea nu puneau sub semnul întrebării concluziile marelui studiu întreprins pe 22 701 medici.

La jumătatea anului 1988 „British Medical Journal”, publicație la fel de bine cunoscută specialiștilor ca și „New England Medical Journal”, publică însă un articol care ridică semne de întrebare și propune corecții la concluziile specialiștilor americani. După opinia publicației engleze, revista americană nu dispune de cifre care să demonstreze suficient faptul că aspirina reduce riscurile de producere a accidentelor cardiovasculare la întreaga populație, ci doar de cifre care atestă eficacitatea ei pentru cei ce au suferit un asemenea accident. În sprijinul afirmației se aduce un studiu întreprins timp de 6 ani de către prof. dr. Richard Doll de la Universitatea din Oxford, efectuat pe 5 139 medici englezi, dintre care 3 429 își administra-

seră zinic 500 mg de aspirină, în timp ce ceilalți, care nu consumaseră aspirină, constituiseră lotul martor. Comentînd procentul de infarcte produse, prof. dr. Doll arăta că în grupul celor ce consumaseră aspirină au fost înregistrate 148 de crize cardiace mortale, iar în celălalt 79, ceea ce reprezenta un procent egal, de 4 la sută, pentru ambele loturi. Preluînd știrea, revista franceză „Science et Vie” cita părerea dr. Uve Reinhardt, de la Universitatea din Princeton, potrivit căreia „New England Journal of Medicine”, „ar fi făcut afirmațiile respective exclusiv în scopuri comerciale. Fapt este că fabricanții de aspirină au înregistrat cîștiguri fabuloase ca urmare a cererii crescînde de aspirină înregistrate în ultima vreme”. O aluzie care ținea departe.

Acesta era stadiul disputei în luna august 1988, cînd informam, la rîndul nostru, cititorii revistei „Sănătatea” despre controversatele opinii, nu lipsite totuși de un cert interes public. Nimeni nu putea prevedea că numai cîteva săptămîni mai tîrziu la Londra vor fi date publicității rezultatele „celui mai important studiu realizat pe plan mondial asupra tratamentului infarctului miocardic”. „The Lancet” publica deci așa-numitul ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival). Acesta fusese efectuat prin colaborarea echipelor de cardiologi din 417 spitale din 16 țări. Între 5 martie 1985 și 31 decembrie 1987, 17 187 de victime ale infarctului miocardic, împărțite în patru grupe, au fost tratate diferit: un grup de bolnavi a fost tratat în mod convențional; un altul cu streptokinază (medicament trombolitic susceptibil să dizolve cheagul de sînge); al treilea a fost tratat cu aspirină (medicament cu acțiune anticoagulantă); al patrulea a fost tratat cu aspirină și streptokinază. Pe de altă parte, s-au administrat primelor trei grupe și medicamente „placebo” menite să sugereze tuturor bolnavilor că primesc aceeași medicație: tratamentul asociat aspirină-streptokinază. Prelucrîndu-se datele transmise de cele 417 spitale din 16 țări s-a constatat că cel mai mic procent de mortalitate (8 la sută) s-a înregistrat în grupul celor tratați prin asocierea aspirinei cu streptokinaza, față de 13,5 la sută decese înregistrate la cei tratați clasic. „ISIS-2” demonștră în felul acesta că „cea mai bună intervenție în cazul infarctului miocardic nu este tratarea tulburării ritmului

inimii, ci tromboliza” (prof. dr. Jean Pierre Boissel, Lyon). Rezultatele păreau să confirme concluziile a două studii - italian și englez - publicate în martie și iunie 1987. British Heart Foundation - coordonatorul acestui studiu - conchidea că asocierea celor două medicamente va permite salvarea unui mare număr de vieți omenești (ex. 5 000 de persoane într-un an în Marea Britanie, 25 000 în S.U.A., 25 000 în U.R.S.S.).

Și din nou totul ar fi fost foarte clar dacă parizianul „Le Monde” nu ar fi atras atenția asupra faptului că ISIS-2 a fost susținut din punct de vedere financiar de firma Boehringerwerke Hoechst, care fabrică... streptokinaza, și că, deși nu costă foarte mult, nu va fi rapid acceptat din două motive. Primul este acela că șansele de supraviețuire sînt legate de rapiditatea instituirii tratamentului (mai puțin de 4 ore). Or, acesta nu se poate aplica la domiciliul bolnavului, ci doar într-o unitate sanitară (injecții de 1,5 milioane de unități streptokinază într-o oră). Cel de al doilea motiv, pe care „Le Monde” îl consideră de ordin economic, este că „ISIS-2 a survenit în plin război internațional al medicamentelor trombolitice, război marcat de eforturile considerabile ale americanilor de a impune un produs costisitor cu efecte similare - IPA - realizat prin manipulare genetică”.

Aflăm că un studiu comparativ între IPA și streptokinază + aspirină, denumit ISIS-3, este în curs de realizare. Ce nu știm încă este cine îl finanțează.

Cert este însă un lucru: că, dincolo de interese, aspirina își face datoria de aproape o sută de ani.

Cristian IONESCU



GIN-SENG

● Agenția China Nouă informează că specialiștii chinezi au organizat o expoziție deosebit de interesantă. Ea cuprinde peste 1 500 de produse farmaceutice realizate de Gin-Seng, remediu terapeutic natural tradițional chinez binecunoscut în întreaga lume.

SPORTUL

● Joggingul, inotul și alte sporturi aerobice sporesc numărul anilor de viață. Aceasta este concluzia la care ajunge publicația „Scientific American” preluând concluziile unui studiu efectuat pe 16 936 bărbați. După opinia prof. dr. Ralph S. Paffenbarger de la Facultatea de medicină a Universității Stanford, care a condus studiul și care este un adept al exercițiilor fizice, rezultatul este puțin satisfăcător: „Credeam, afirma acesta, că efectul este mai îndelungat”.

SOMNUL ȘI SOMNIFERELE

● Specialiști în domeniul cercetării somnului, întruniți într-un congres mondial ce a avut loc în Danemarca, la Copenhaga, au abordat problema mult controversată a insomniilor. Cu acest prilej s-a arătat că în Franța, de pildă, peste 1 milion și jumătate de persoane își administrează în fiecare seară un somnifer pentru a adormi și pînă la 5-6 milioane folosesc ocazional somnifere, cel mai adesea fără o prescripție medicală în acest sens. Este cunoscut faptul că cele două mari grupe de medicamente hipnotice care își dispută în prezent înțietatea pe arena mondială - barbituricele și benzodiazepinele - sînt, departe de a constitui panacee. În afara riscurilor de dependență pe care le creează, toate aceste substanțe prezintă un inconvenient major, și anume tulbură total structura somnului. Concomitent, „Le Monde” își informează cititorii că „somniferele prezintă avantajul unei adormiri mai rapide, crescînd durata somnului și diminuînd numărul de treziri nocturne, dar ritmurile înregistrate în această perioadă nu au nimic comun cu somnul fiziologic... În realitate, singurul tip de somn a cărei durată este mărită de efectul hipnoticelor clasice este somnul ușor de stadiul 2, al cărui rol nu este bine cunoscut”.

LUMINĂ DIN ORGANISM

● Oamenii de știință sovietici au realizat un film video în lumină infraroșie. După cum arată „Moskovskaia Pravda”, s-a observat cu acest prilej că organismul uman luminează în această gamă ca o lampă de trei sute de wați. În aceste condiții, radiațiile înfrăzesc despre temperatura de la suprafața corpului. A fost elucidat faptul că omul posedă mai mulți poli, între care, poli radiocalorici și magnetici. Cu ajutorul acestora se pot obține informații despre organele interne ale corpului uman.

CLONAREA

● În 1981, americanul P.C. Hoppe și elvețianul K. Illmensee anunțau prima clonare reușită la șoareci. După cum se știe, clonarea constă în prelevarea unui embrion al nucleului unei celule, care este apoi transferat în oul fecundat, căruia i s-a scos în prealabil propriul nucleu. Dacă se repetă operația cu alte nuclee ale aceluiași embrion, indivizii rezultați vor fi identici. În 1986 revista „Nature” publica o discuție concluzionată cu imposibilitatea clonării mamiferelor mai complexe. Recent, revista „La Recherche” afirmă contrariul, prezentînd rezultatele lui S.M. Willadsen la Cambridge, care a obținut prin clonare trei miei identici.

SOMNIFERUL „IDEAL”

● În așteptarea descoperirii somniferului miraculos, cercetătorii încearcă să cunoască mai bine mediatorii chimici implicați în declanșarea somnului. Zeci de substanțe sînt testate în permanență în întreaga lume, printre care neurotransmițătorii imunomodulari și chiar hormonul de creștere, despre care se știe că este secretat în special în timpul fazelor de somn lent. Una dintre acestea, S-adenozil-homocisteina (SAH), pare să fie deosebit de promițătoare. Experimentată cu succes pe animale de laborator și pe 10 insomnici volun-

tari, SAH a dat rezultate deosebite, în sensul că pacienții au adormit mai repede, au dormit vreme mai îndelungată - în medie cu aproximativ o oră - și nu au resimțit în timpul zilei nici un efect secundar.

LAPTELE MATERN

● Săptămînalul britanic „The Lancet” a publicat observațiile unor cercetări asupra legăturilor dintre alimentația sugarului și frecvența afecțiunilor canceroase la copil. Alăptatul matern timp de peste 6 luni ar putea preveni apariția unor cancere, arată studiul. În urma unor analize comparative pe loturi de copii, s-a constatat că acei copii care au fost hrăniți cu lapte praf sau au primit lapte matern mai puțin de 6 luni prezintă un risc de circa două ori mai mare de a face un cancer înainte de vârsta de 15 ani decît cei care au fost alăptați la sîn 6 luni sau mai mult. Corelația se referă în special la limfoame. Explicația, potrivit cercetărilor, rezidă în proprietățile automicrobiene ale laptelui matern, susceptibile să mărească efectele potențial negative ale alimentației cu lapte praf asupra sistemului imunitar al copiilor.

ECHIVALENȚE

● Un studiu efectuat pe bază de teste pe loturi de studenți de la universitățile Stanford și Harvard pledează pentru practicarea sistematică a exercițiilor fizice. Chestionarele solicitau date despre numărul de kilometri parcurși zilnic pe jos, numărul de scări urcate și timpul afectat zilnic sportului. Cercetătorii au calculat și însumat energia consumată cu aceste activități. Iată cîteva exemple: 94 kilocalorii per km; 28 kilocalorii pentru urcarea a 70 trepte; 10 kilocalorii pentru alergători, inot, jocuri sportive și 5 kilocalorii per minut pentru bowling și tenis de masă. Concluzia? Rata deceselor este redusă cu 25-33 la sută printre cei ce au consumat 200 de kilocalorii pe săptămîină prin exerciții fizice față de oamenii mai puțin activi.

SPERANȚE PENTRU COPIII AFECTAȚI DE SURDITATE TOTALĂ

Profesorul Chouart, de la Spitalul „Saint-Antoine” (Franța), împreună cu echipa sa, a pus la punct cea mai performantă proteză din lume pentru pacienții afectați de surditate totală. Avind în vedere importanța acestei realizări medicale și speranțele de a duce o viață normală pe care ea le oferă unui larg segment de populație de toate vîrstele, publicația franceză „Paris Match” a dedicat o pagină din numărul său din 17 iunie 1988 interviului cu principalul autor al promisiunii de descoperiri — interviu din care redăm mai jos cîteva fragmente.

Paris Match: Cîte persoane sînt afectate de surditate în Franța?

Prof. Chouart: În Franța există patru milioane de persoane care acuză deficiențe de auz și 25 000 afectate de surditate totală.

P.M.: Care sînt cauzele acestei surdități totale?

Prof. Ch.: Există două tipuri de cauze: accidentale, cînd surditatea a survenit în urma unui traumatism sau unei boli, cum este meningita; congenitale sau declanșate în perioada primei copilării, înainte ca micul bolnav să fi învățat să vorbească.

În fiecare an, la noi se nașc 700-1 000 de copii total surzi. Întrucît nu aud, micile victime întîmpină greutăți uriașe în deprinderea vorbirii. Li se predă limbajul semnelor, dar el este foarte limitat. Cel mai serios handicap pentru acești copii surzi este dezvoltarea foarte lentă a inteligenței, care face ca la vîrsta adultă ei să nu dețină nici o competență profesională.

P.M.: Există diverse mijloace de a ajuta pe cei lipsiți de auz?

Prof. Ch.: În cazurile de surditate parțială, cînd urechea internă nu este atinsă, tratamentul medical sau chirurgical poate reda auzul, iar protezele auditive sînt foarte eficiente. Dacă, însă, este

atinsă urechea internă, tratamentele dau rezultate mult mai puțin impresionante. În cazurile de surditate totală, protezele sînt inutile. Numai implanturile cohleare se dovedesc eficiente în 92% din cazuri. Aceste implanturi constau dintr-un emițător care, grație unei antene, transmite sunetele din exterior sub formă de semnale radio unui receptor plasat sub pielea craniului. Acesta decodează semnalul radio și trimite informația — peste 4 000 de impulsuri pe secundă — la nervul auditiv prin intermediul unui sau mai multor electrozi. Acest aparat, un fel de casetă de dimensiunile unui dicționar, se purta înainte în bandolieră. În ultimele șase luni am realizat însă un aparat mult mai mic: emițătorul se poate ține în buzunarul hainei și este legat de capsula auditivă printr-un fir subțire; capsula are forma unei scoici miniaturale și se introduce în ureche. Ascunsă de pieptănătură, antena aparatului este practic invizibilă. Aparatul acesta este mult mai sofisticat decît un regulator de ritm cardiac (pacemaker).

P.M.: În plan auditiv, care este avantajul oferit de acest model miniaturizat?

Prof. Ch.: Noul aparat conține 15 electrozi, față de 8 la modelul anterior, și se adaptează mult mai bine la fiecare caz de surditate totală: pacienții disting mai bine sunetele și deci înțeleg mai bine. Un alt avantaj este oferit de simplificarea metodei de reglare, astfel încît aparatul să poată fi manipulat ușor de orice protezist sau de personalul de reeducare.

P.M.: Prin conectarea la acest aparat, persoanele lipsite de auz își recapătă auzul instantaneu?

Prof. Ch.: La început, oamenii aud sunete care li se par a aparține unei limbi străine, apoi, treptat, se obișnuiesc. După opt-zece zile încep să înțeleagă cuvinte, apoi fraze întregi. În general, pen-

tru a profita de avantajele aparatului este necesară o perioadă de reeducare de opt pînă la zece luni.

P.M.: Cum se procedează pentru implantarea acestui aparat?

Prof. Ch.: Este vorba de o intervenție chirurgicală foarte simplă: pielea capului este desprinsă pentru a putea plasa electrozii în apropierea urechii interne, în vecinătatea nervului auditiv.

P.M.: Cum se numește acest aparat?

Prof. Ch.: Pentru a acoperi diversele aspecte ale surdității totale, în special la copii, am pus la punct două aparate miniaturizate — „Minimac”, de dimensiunile unui portofel, prevăzut cu 15 electrozi, și „Monomac”, de talia unui pachet de țigări, prevăzut cu un electrod.

P.M.: Ce proiecte mai aveți?

Prof. Ch.: Mai întîi, doresc să sensibilizez opinia publică în legătură cu problema handicapului unor copii total surzi, deoarece a implanta astăzi aceste aparate unor astfel de copii înseamnă a spori numărul adulților capabili de o activitate eficientă și competentă în perspectiva anului 2000. În al doilea rînd, vreau să pun la punct o proteză cohleară total implantată, prevăzută cu microfon fără antenă și cu o baterie care să se reîncarce prin piele. Desigur, este un proiect a cărui finalizare presupune încă mulți ani de muncă.

Deocîndată, după cum remarcăm, unele aparate sînt în fază experimentală iar altele în proiect. În orice caz, sînt speranțe ca toate acestea să devină realități și să ajute copiii afectați de surditate totală.

Olgă GHEORGHE

DOSTOIEVSKI ȘI ADÎNCURILE SUFLETULUI OMENESC

Între medicii care s-au afirmat în domeniul istoriei medicinei, **CONSTANTIN SĂN-
DULESCU** ocupă un loc aparte. Multila-
teralele sale preocupări s-au îndreptat și spre
un domeniu puțin abordat de confracții săi:
acela al filologiei. Cunoșcător a numeroase
limbi străine, a publicat interesante și nume-
roase studii în reviste și publicații din țară și
de peste hotare.

Între lucrările sale nepublicate se află și un
manuscris pregătit pentru Editura „Litera”,
în care autorul abordează tematica atât de in-
citantă a relației dintre normal și patologic a
personajelor lui Fiodor Dostoievski.

În cele ce urmează publicăm începutul
acestui manuscris.

Analiza critică a operei lui Dostoievski aplicată tu-
turor scrierilor sale literare, romane, nuvele, precum
și corespondenței și importantului document psiholo-
gic care este „Jurnalul” a preocupat de mai bine de
un secol, așa cum se știe, și preocupă în continuare pe
toți cei interesați de aspectele complexe ale unui fapt
cultural istoric ce depășește într-adevăr granițele spi-
ritualității creatoare obișnuite. Universul creației lite-
rare dostoievskiene apare ca un întins nesfârșit de
ape, ca un tezaur de idei și de viață ca atare, com-
plexă, deosebită, ca un mozaic de figuri umane și în
consecință opera scriitorului reclamă continuă reve-
nire și prudenta evaluare analitic-critică fără evitarea
unor eventuale reconsiderări necesare.

Este suficient să luăm cunoștință de aprecierile
critic-literare sau de altă natură asupra scrierilor lui
Dostoievski, care au fost publicate de-a lungul dece-
niilor pentru a ne da seama că se impune în acest
caz de excepție un efort avizat pe linia selecției prin-
cipale și ale celei simplu critice dată fiind subtilita-
tea și complexitatea motivelor tematice care alcătu-
iesc fondul diferitelor și mult frământatelor romane și
nuvele dostoievskiene. Unele judecăți de valoare pri-
vind opera scriitorului au pierdut din interesul origi-
nar stîrnit la vremea lor, altele apar cu totul peri-
mate în perspectiva analizei schimbate contempo-
rane.

Parafrazînd cele spuse de Belinski despre Pușchin
putem spune și în privința lui Dostoievski că fiecare
generație îl descoperă și îl judecă în conformitate cu
experiența proprie. Este adevărat că societatea în
care a trăit Dostoievski nu mai este nici pe departe
comparabilă cu aceea de astăzi, afirmația nu apare
altfel decît ca un lucru comun. **Tempora mutan-
tur et nos mutamur in illis;** vremurile se schimbă
și noi odată cu ele, sau cum spune atât de sugestiv po-
etul: „Tot alte unde-i sună aceluiasi pîriu” și totuși în
desfășurarea fluentă a vieții, de pildă, este cum se
oglindește ea în opera marilor făuritori de literatură,
la un Dostoievski, regăsim elemente de permanență
în legătură cu definirea ființei psihologice active,
care este omul

Ne vom ocupa cu precădere de o problemă studiată
îndelung de către cei ce s-au consacrat într-o măsură
sau alta investigației analitice a operei lui Dostoiev-

ski; e vorba de chestiunea atât de dezbătută a capaci-
tății excepționale de „disecție” psihologică a persona-
jelor de care dă dovadă scriitorul de la cea dintîi ma-
nifestare practică literară și pînă la epopeea masivă
Frații Karamazov. O anumită pregătire în ce privește
disciplina științifică a psihologiei se cere neapărat
realizată cînd e vorba de un exeget conștiințios al
operei dostoievskiene. Faptul implică un corolar de
asemenea, obligat, anume prezența unor cunoștințe
nu de circumstanță, ci dacă e posibil de specialist
sub raportul științei de sine stătătoare a psihopatolo-
giei, cunoștințe fără de care nu poate fi vorba de ana-
liza deplin științifică a unor romane ca „Idiotul” sau
ca „Adolescentul”. Întreaga operă a lui Dostoievski se
înfățișează, dacă mai e nevoie să spunem drept o
vastă ilustrare a psihiatriei autentice, clinice ca și a
celeia așa-numită „mică psihiatrie” în care intră fenomene
anormale de natură psihică de felul simplelor
obsesii, idei fixe, stări depresive etc. Opera lui Dos-
toievski este alături de aceea a unor anumiți autori ai
literaturii universale și cu precădere ai celei ruse in-
strumentul practic cel mai indicat pentru studiul
afecțiunilor clinice de ordin sufletesc. Spre a defini
mai bine și a cunoaște aspectele normale și anormale
ale psihismului uman este dificil să aflăm o ilustrație
practică mai eficace și mai elocventă decît aceea pe
care Dostoievski o face cu atîta subtilitate în prezen-
tarea stărilor sufletești ale diverselor sale personaje.
Faptul a fost, bineînțeles, relevant în repetate rînduri
de către exegeții literari și mai ales de către unii me-
dici care s-au preocupat de cercetarea din acest
punct de vedere esențial a scrierilor lui Dostoievski;
vom recurge în mod firesc la datele stabilite de către
unii cercetători avizați spre a putea înfățișa mai bine
aspectele delicate ale structurii eroilor mai mici sau
mai importanți care abundă în romanele dostoiev-
skiene. Nu trebuie să uităm, desigur, că și aici se im-
pune o selecție dată fiind mulțimea studiilor despre
opera în cauză, criticul citat mai înainte, Guralnuc,
apreciînd numărul lor la patru mii; noi o socotim to-
tuși sub aceea a cifrei reale. Numai o mică parte din
cercetările critice au fost trecute la bibliografia ane-
xată acestui studiu și anume acele investigații mai
scurte sau mai ample, care au fost considerate prin-
cipale, fără a epuiza firește nici categoria aceasta de
investigații considerată de primă însemnătate.

Oricît de scurtă ar fi priceperea criticului și de
adaptată obiectului cercetat ni se pare evident faptul
că romanele lui Dostoievski nu pot fi analizate satis-
făcător cu unele obișnuite, „critice” pe care le utili-
zăm în cazul cutărui romancier fără perspectiva de
succes a unei „a doua” zi. Tocmai în cazul lui Dos-
toievski rămîne permanent un sector, o latură nu în-
deajuns de analizată psihologic și critic, un „rest”
care strinește noi întrebări și legitimează deschiderea
de noi probleme. De aceea, e preferabil să adăugăm
datelor noastre simplu exegetice citate cît mai adec-
vate din opera literară însăși, convinși fiind că în mo-
dul acesta cititorul se va apropia mai strîns de tema
analizată critic și descrierea sau capitolul scrierii in-
terpretate, fără ca prin aceasta să pretindem că
punctele noastre de vedere stau sub semnul infailibi-
tății absolute. O nuvelă-roman, original redactată, ca
Dublul, sau un roman complex ca „Crimă și pe-
deapsă” pun încă cu toată îndelunga aplecare critică
asupra lor probleme de natură diferită, mai ales sub
raportul enunțat și subliniat înainte al semnificației
psihologice. Firește, în afara planului important al in-
vestigației psihologice și psihopatologice, este vorba în

cazul de față și de aspectele exegetice pur literare, execuția formală ca atare a scrierii, vocabularul și stilul, domenii în care ne vom feri de regulă să emittem judecăți de valoare, pentru bunul motiv că ele au fost făcute de către critici și istorici literari în majoritate ruși și sovietici de prim rang, le vom cita când va fi cazul, ca atare. Este limpede că Dostoievski prezintă tocmai pentru că este un scriitor de excepție o manieră literară de realizare, un „stil” pe care cititorii lui permanenți îl cunosc mai mult intuitiv decât îl pot defini satisfăcător sau complet, cu excepția unor deosebit de avizați în această privință. Conform normei generale și aici putem afirma că stilul e omul și că, în consecință, istoria vieții lui Dostoievski apare implicată strins în activitatea sa literară.

Se știe că Dostoievski s-a afirmat de la prima sa lucrare literară și, am spus, statornic în cele următoare până la marile realizări cu suflu epopeic, drept un autor înclinat cu deosebire spre investigația analitică adică a manifestărilor psihice comune, dar și a celor de competența psihologiei anormale. Avem impresia, deși nu dorim să analizăm pe bază de pure impresii, că Dostoievski descrie obsesiv stări sufletești care ies din făgașul comun aproape în fiecare capitol, dacă nu în fiecare pagină, încât te întrebi dacă însăși analizele profunde ale stărilor sufletești comune amintite mai sus nu aparțin, de asemenea, unei lumi neobișnute, dostoievskiene în esență. Atunci când Necrasov luea în miini entuziasmat manuscrisul „Sărmanii oameni” și se îndrepta în miez de noapte cu el la locuința lui Belinski pentru a-i anunța apariția unui autor de excepție, scrisul lui Dostoievski prezenta aspectele unei anume perfecțiuni, posedă un fond inedit și prefața masiv evoluția favorabilă a romanelor încheiate, profund psihologice de mai târziu. Am putea cel mult să observăm cu privire la cele dintâi nuvele-schițe ale scriitorului că stilul nu e totuși cel desăvârșit, că însuși uzul modului epistolar de redactare a temei literare prezintă o înfățișare mai puțin lăudabilă, la metoda schimbului de scrisori recurând, desigur și marii creatori de literatură, dar mai ales cei lipsiți de mijloacele esențiale de creație originală.

„Sărmanii oameni” este o lucrare grea de nuanțe tematice și de fond analitic psihologic, dar valoarea ei, ca și aceea a romanului „Nouă scrisori”, scade în anume chip prin însăși prezentarea în forma alternativă epistolară. Mai trebuie să spunem că se observă de regulă o anumită dificultate în lectura romanelor dostoievskiene, de altfel exclusiv de ordin psihologic ermeneutic, scriitorul nefăcând parte din categoria celor pe care-i parcurgi în opera lor cu ușurință și deci fără a lăsa urme; este și acesta un indiciu de concretizare scriitoricească la nivel neobișnuit, ridicat. Dificultatea menționată decurge și din frecvența tratare a stărilor sufletești de „penumbra” sau așa-numitelor elemente ce aparțin psihologiei de subsol, profunde „Tiefenpsychologie”. În acest domeniu analitic literar, Dostoievski apare neîntrecut chiar de către marii literați obsedați sau cel puțin înclinați temperamental către investigația psihologică subtilă și pe care criticii îi disting pe bună dreptate din acest punct de vedere. „Domeniul inconștientului”, al așa-numitului „psihism abisal”, „crepuscular” etc. apare în structura tematică și în dialogul dostoievskian, scriitorul mișcându-se cu abilitate deplină pe

planul investigației subtile a faptelor de dincolo de planul conștientului comun. Se cuvine să notăm însă că scriitorul nu amintește nicăieri de existența „subconștientului” sau mai precis, nu folosește termenii legați de această realitate psihologică particulară sub raportul manifestărilor sale multiple. Abordarea planului subconștient decurge firesc și frecvent, existența lui decalându-se însă numai în chip indirect din desfășurarea dialogului și a situațiilor afective de natură inedită. Aș oferi aici drept model caracteristic doar disputa pe muchie de cuțit a vulpoiului ancheta-tor Porfirie Petrovici, comisarul care a intuit de la început cine este făptașul, cu ucigașul însuși, Rodion Rascolnikov, precum și discuția de o acuitate analitică excepțională a lui Ivan Karamazov cu fratele Alioșa în ilustrul capitol ce poartă titlul „Marele închinător”. Pentru cunosătorul avizat al acestui roman nu mai este necesar să oferim detalii privind analiza psihismului inconștient, temă ce se regăsește după cum știm foarte frecvent în paginile scrierilor dostoievskiene. Trebuie să adăugăm totuși că din punct de vedere analitic, științific problemele psihologiei „profunde, abisale etc.” nu au fost deplin lămurite și nici nu există perspective ferme în acest sens. Este vorba aici de conceptele nesigure care aparțin așa-zisei „meta-, para-” sau altui gen de investigație psihologică, motiv pentru care însuși Dostoievski evită o terminologie adecvată, preferînd să descrie, cu mai mult succes stările sufletești de graniță și subconștiente, decât să încerce a le denumi teoretic. După aproape 25 de veacuri de la opusculul aristotelic „Despre suflet”, psihologia însăși cuprinde domenii insuficient delimitate științific, nu numai sub raportul planurilor sufletești subiacente, „abisale” sau „profunde”.

De asemenea, „Jurnalul” scriitorului de care ne ocupăm poate fi pus la contribuție din punctul de vedere psihologic și parapsihologic, dat fiind că, nici în aceste însemnări de mare importanță exegetică Dostoievski nu mărturisește nicăieri o asemenea tendință particulară de sondaj al subconștientului, deși în practică se dovedește maestrul unor astfel de preocupări. Mai mult, din Jurnal rezultă un fapt semnificativ în sensul celor afirmate mai înainte: „Sînt numit psiholog – observă Dostoievski – aceasta nu-i adevărat (subliniat de noi); eu sînt în cel mai înalt înțeles al cuvîntului numai un realist, eu zugrăvesc toate adîncurile sufletului omenesc”. Declarația nu echivalează cu mărturisirea de credință a profesiunii de psiholog – acest lucru e clar, ni-l afirmă scriitorul însuși și trebuie să-l înțelegem corect. Omul în general observat cotidian este cel care stimulează creația fără vreo înclinație preconcepțată pentru investigația stărilor afectiv psihice. Dostoievski cercetează ființa umană în ipostaza concretă, iar nu pe plan abstract, oricît ar vorbi cineva despre „psihologismul dostoievskian” (prin definiție o tendință neștiințifică de explicarea tuturor fenomenelor exclusiv prin criterii sufletești). De altfel, romancierul mai spune și cu altă ocazie: „Eu vreau să-l aflu pe om în om”, cuvinte ce nu comportă interpretare echivocă.

Dostoievski nu se amuză scriind. El poate fi caracterizat ca un scriitor dur, ferm în declarații, în ciuda contradicțiilor inerente, formula citată mai sus avînd și rolul de îndreptar în studiul critic al creației literare dostoievskiene.

Constantin SĂNDULESCU

CALEIDOSCOPI

● Oamenii de știință din orașul siberian Tomsk au elaborat o nouă metodă de vindecare a bolnavilor de tuberculoză care reduce de 4 ori durata tratamentului. De obicei, tratamentul în cazul acestor boli durează aproximativ un an, iar acum maximum trei luni. Metoda se bazează pe efectul unui aparat cu raze ultraviolete asupra singelui. Agenția TASS anunță că eficacitatea deosebită a acestui tratament se datorează unui efect de imunoreglare. După părerea oamenilor de știință siberieni, această nouă metodă curativă poate fi aplicată și altor maladii care nu pot fi vindecate prin metode tradiționale.

● Sub titlul „Oii purtătoare de gene umane al căror lapte vindecă emfizemul și hemofilia”, ziarul italian „L'Unita” aduce în discuție o teorie ce ar putea avea mari aplicații. După „L'Unita”, geneticienii

englezi au reușit să obțină din lapte de oaie două proteine rare și prețioase în tratamentul hemofiliei și al emfizemului și, în curând, prin același sistem, prezentat la cel de al XVI-lea Congres internațional de genetică de la Toronto de profesorul scoțian H.J.Clark, cu un mic număr de animale domestice vor putea fi furnizate alte medicamente esențiale și, în prezent, foarte costisitoare. Clark și echipa sa de la Institutul de fiziologie animală și cercetări genetice din Edinburg au obținut o specie de oi perfect normale care sînt în stare să poarte gene umane. În prima experiență de acest gen — a explicat el — am reușit să inserăm citorva oi — al căror lapte conține în mod normal cantități foarte mici din substanța „factorul nouă” — gena embrionară umană, care dirijează producerea acestui coagulant natural, vital pen-

tru supraviețuirea bolnavilor de hemofilie. S-a reușit apoi, prin același sistem, să se imbogățească laptele oilor cu o substanță care se pare că este în stare să combată emfizemul pulmonar, substanță denumită alfa-1-antitripsină.

● Acțiunea benefică a clonidinei asupra manifestărilor legate de sindromul de abstenență la opioace a fost descrisă la pentru prima dată în 1978, iar apoi confirmată de numeroase cercetări. Acest medicament simpatomimetic alfa (agonist alfa — noradrenergic) pare să acționeze surprinzător, diminuînd activitatea neuronilor noradrenergici cerebrali, situați mai ales în locus coeruleus. Psihofarmacologii americani afirmă că bunele efecte ale clonidinei se manifestă și în sindromul de abstenență la tabac.

(Urmare din pag. 97)

logie și Geriatrie din 1961 pacienților internați ca și unor loturi de pacienți aflați în tratament ambulatoriu.

Datele clinice și de laborator au pus în evidență o ameliorare a condiției biologice generale, o revitalizare a țesuturilor, o încetinire a procesului de involuție, o ameliorare a bolilor cronice degenerative ca și prevenirea complicațiilor acestora. S-au obținut ameliorări variînd între 50 și 80 la sută din cazurile tratate prezentînd fenomene de îmbătrînire cu predominanță cerebrală.

Consacrarea acestui medicament în terapia geriatică a fost urmarea firească a rezultatelor obținute. Acestea au fost apreciate ținînd cont de modificările inerente morfo-funcționale care survin în organismul uman în raport cu factorul timp. Pentru aceasta orice ameliorare, încetinire sau oprire pentru o anumită perioadă în dezvoltarea procesului de involuție și a patologiei supraadăugate la o vîrstă cînd modificări similare nu pot surveni spontan este un efect al terapiei aplicate.

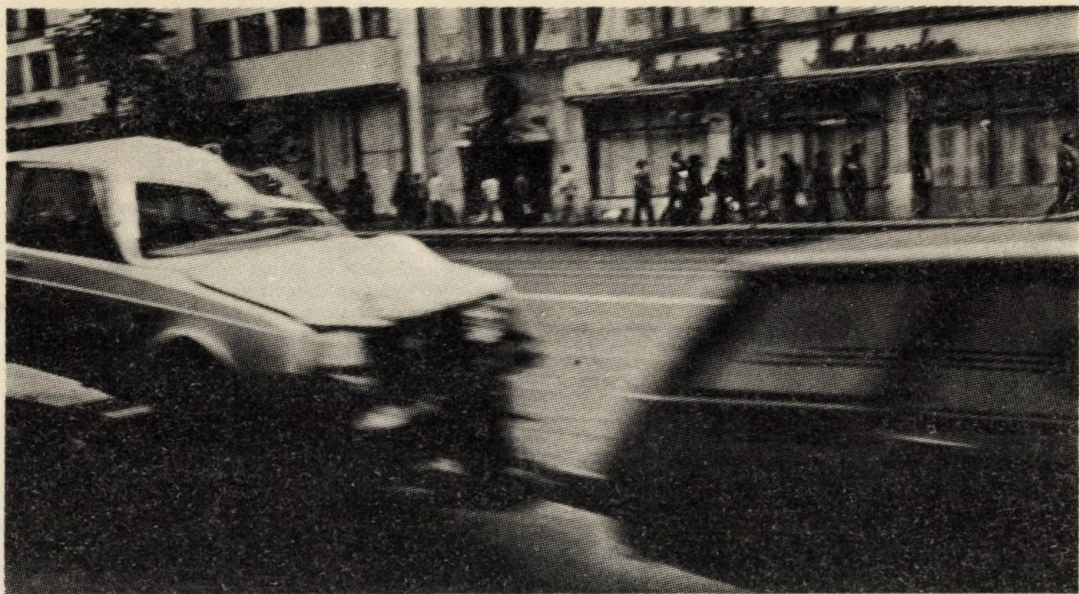
Metoda cercetării longitudinale inițiată de Ana Aslan și colaboratorii săi a oferit posibilitatea pentru fiecare pacient supus terapiei de a se constitui în propriul său martor, de a putea fi comparată evoluția parametrilor biologici și funcționali înainte de tratament și sub acțiunea tratamentului.

Cercetarea efectelor terapiei cu Aslavitall prin interpretarea datelor clinice, funcționale și umorale (adică prin examinări biochimice de laborator) a permis să se conchidă asupra

efectelor acestui medicament constînd dintr-o acțiune biotrofică predominînd asupra funcționalității a două sisteme de importanță vitală pentru organism și amplu afectate de îmbătrînire: sistemul nervos și aparatul cardiovascular.

În ceea ce privește influența asupra tulburărilor nervoase și psihice aceasta constă din: un efect psihotrop, care se traduce prin ameliorarea tulburărilor de memorie, de atenție, de concentrare și de comportament; ameliorarea stărilor depresive, anxietății (adică senzația de teamă, de îngrijorare exagerată), asteniei; normalizarea somnului și diminuarea cu mult ca intensitate a unor suferințe obișnuite la vîrstnici, cum sînt durerea de cap, amețelile și rigiditatea musculară.

Într-o cercetare recentă, efectuată de colectivul nostru, care a făcut obiectul unei comunicări la Congresul național de gerontologie și geriatrie din iunie 1988, am putut confirma toate efectele amintite asupra lotului de bolnavi supus terapiei. În plus, am putut remarca o creștere a interesului pentru mediul ambiant, o sporire a activismului și o integrare mai bună în colectivitate. S-a putut observa o reîmbogățire a sferei de preocupări (culturale, sociale, menajere), cu efect asupra menținerii sentimentelor de demnitate personală. La toate acestea se adaugă efectele trofice generale ale produselor procainice, ceea ce demonstrează utilitatea Aslavitallului în terapia geriatrică, ca un cîștig sigur în acest domeniu și, dincolo de toate acestea, ca o contribuție originală românească.



POVESTE FĂRĂ SUSPANS

Biroul căpitanului de miliție Alexandru Braniște avea ceva din eleganța, din extravaganța unui birou de turism: peste tot hărți, afișe, pliante, tablouri, flori. Și două fotolii moi, cu plușul luminos, pastelat, lipsit cu desăvîrșire de fiorul acela sever presupus într-o astfel de încăpere. Pretutindeni în biroul ofițerului dăinuia un aer calm, destins, care te îmbia parcă la o clipă intimă de răgaz, pe traiectul căreia să-și propui o excursie de agrement către lumea largă sau către tine însuși.

Nimic rece, nimic auster în biroul căpitanului de miliție Alexandru Braniște. Totul purta amprenta puternică a personalității sale deschise permanent către lumina din ochii oamenilor, către suflul lor, către nevoia lor de comunicare, înțelegere și adevăr.

Pe căpitanul Braniște îl cunoscusem doar de câteva zile. Treburile profesionale îmi purtaseră pașii prin orașul acela de o rară frumusețe, reședință de județ, așezat la poalele Carpaților Meridionali. Ajunsesem la inspectorat, Șeful miliției județene se pregătea să plece undeva, urgent; ne-am întâlnit în dreptul porții, sintem prieteni vechi, ne-am salutat, ne-am îmbrățișat, i-am spus că vreau de astădată să scriu o poveste pe teme de circulație, mi-a zis „E-n regulă, la legătura cu Braniște” și a dispărut ca din pușcă dincolo de portiera unei limuzine albastre...

Așa l-am cunoscut pe căpitanul Alexandru Braniște. L-am însoțit apoi, două zile la rînd, într-un echipaj de circulație, pe drumurile județului. Periplu obișnuit, populat cu câteva întîmplări terne, soluționate pe loc, operativ, de căpitanul Braniște, fapte rutiere și rutinieri, deloc spectaculoase: viteză excesivă, depășiri neregulate, neacor-

darea de prioritate. Nimic misterios, nici un gest enigmatic, de nicăieri nici o adiere de suspans.

Aceasta, pînă către sfîrșitul celei de-a doua zile, seara tîrziu, cînd, către marginea orașului, în apropierea unei intersecții cu un drum de țară, am descoperit cadavrul unui om. Era un bărbat între 45 și 50 de ani, slab ca o scîndură, îmbrăcat în haine ponosite, cu obrazul neras de cîteva zile, lungit pe burtă de-a lungul șoselei. Cînd ne-am apropiat, mirosul de țuică devenise infernal. Revelator...

Omul sucombise de cel mult două ceasuri, era cald încă, avea partea stîngă a toracelui strivită, ceafa prezenta o plagă uriașă, deschisă; căpitanul Braniște afirmase că moartea se instalase probabil instantaneu. Apoi conchisese îngîndurat că o asemenea lovitură mortală nu se putea administra nicidecum cu mîna, impactul dur, fatal, realizîndu-se cu o mașină în plină viteză.

Prima constatare certă era că victima fusese într-o avansată stare de ebrietate.

Alte constatări incipiente: victima se afla în poziția șezînd, către mijlocul șoselei, pe partea dreaptă a sensului de circulație; fusese lovită puternic din spate-lateral-stînga; mașina trecuse mai departe, dispăruse de la locul sinistrului, nelăsînd nici o urmă de pneuri frîmate.

Odată cu căpitanul, mi-am notat și eu primele întrebări: Cine era victima? Ce căutase în zona respectivă? A fost accident? A fost crimă premeditată? De ce a fugit șoferul asasin de la locul faptei? Să nu fi simțit el impactul ucigaș cu corpul victimei? N-a funcționat reflexul de frînare? N-a vrut șoferul să frîneze?

Trecuse de mult de miezul nopții, cadavrul fusese transportat imediat la morgă, medicul legist

făcuse autopsia, criminalistul dezvoltase fotografiile, relevase cele câteva urme de la locul faptei, se analizaseră schițele, măsurătorile, probele, se elaboraseră câteva versiuni, toată lumea era în alertă...

În sfârșit, aveam să scriu o poveste captivantă, cu suspans, pe teme de circulație rutieră.

În aceeași noapte, spre dimineață, căpitanul Braniște m-a sfătuit să merg la hotel, să mă odihnesc puțin, să revin apoi mâine, proaspăt și apt să particip, dacă doresc, la desfășurarea cercetărilor pentru depistarea șoferului ucigaș. L-am ascultat cuminte, m-am dus la culcare, dar n-am reușit să dau geană în geană. Cazul mă stăpânea tiranic. Un virtute de întrebări îmi spulberase orice urmă de somn: Ce fel de om fusese victima? De ce băuse atât de mult? Unde se îmbătase? La vreo circiumă de cartier? La vreun prieten? Nu, n-a fost prieten, un prieten adevărat nu te lasă să pleci la drum în asemenea hal. Atunci, cine a fost? Dar șoferul acelei mașini care l-a ucis, ce fel de om era? De ce a fugit de la locul accidentului? Din spaimă, din teamă, din lășitate? Din alt motiv? Există, la urma urmei, vreun motiv plauzibil pentru un astfel de gest criminal?...

...Și-mi imaginam începutul acela de noapte, de la marginea orașului. Un om în stare de ebrietate merge hai-hui, clătînindu-se, prin mijlocul șoselei, către casa lui. Apoi — amețit, obosit, toropit de băutură — se așază jos, în capul oaselor, pe asfaltul lustruit de pneuri, incapabil să meargă mai departe sau poate doar să-și mai tragă suflul, să capete puteri noi, de undeva, din adâncul din sine, după care să-și reia drumul către casă. Și tocmai atunci, un bezmetic, la volanul unui bolid, l-a acroșat fulgerător din spate și a dispărut în noapte ca o năluca. Nici o urmă de frinare: nici înainte, nici dincolo de locul unde a fost descoperit cadavru. Încotro s-a dus asasinul acela nocturn? Cine a fost? Ce-o gândi acum despre fapta lui? Ce va întreprinde pentru ascunderea urmelor, pentru crearea falselor alibiuri? Cât timp va trece până va fi prins? Pe căpitanul Braniște și echipele lui îi așteptau de-acum zile încordate. Se va acționa contra-cronometru pentru descoperirea adevărului, știut fiind că timpul, în asemenea triste împrejurări, curge exclusiv în favoarea infractorului.

Dar dacă nu a fost accident? — mă întebam eu surescitat, revenind cu gândurile pe alt făgaș. Mobilurile unei crime premeditate pot fi diferite și de loc puține: ură, răzbunare, gelozie, hoție, ascunderea unei alte crime. Și în mintea mea înfierbîntată prinse a se înfiripa — ca într-o bizară oglindire — scenariul țesut cu răbdare și viclenie de abilul asasin; victima fusese atrasă undeva, într-o casă, sub pretextul unui „pahar de vorbă”, apoi fusese îmbătată până aproape de pragul comiei alcoolice. În această stare de semiconștiență fusese urcată într-o mașină, transportată până la marginea orașului, într-o zonă mai slab circulată, fusese coborâtă în mijlocul șoselei, așezată în capul oaselor, cu spatele spre oraș, mașina s-a retras cîțiva zeci de metri înapoi, după care, în plină viteză, a izbit victima, sfărîmîndu-i pur și simplu coșul pieptului. Apoi, asasinul a oprit mașina mai departe, fără a frina brusc, a coborât, a revenit lângă victimă, convingîndu-se că gestul său abominabil a fost desăvîrșit. Apoi a plecat...

Nu știu cînd am așipit. Somnul a fost greu, somn zvîrcolit de gânduri nebune. Gînduri fierbinți, fulgerate prin somnul meu ca o fugă eternă. M-am trezit înspăimîntat. Telefonul suna disperat. Am ridicat receptorul: căpitanul Braniște mă chema urgent la birou. Am sărit în sus ca ars. Cînd trecuse atîta timp? Erau ceasurile douăsprezece și jumătate. Cum am putut să dorm atît? Dimineața trebuia să fi fost neapărat la miliție, să participe la cercetări, la investigații, pe urmele unui asasin necunoscut.

Într-un sfert de oră eram gata, după încă zece minute mă aflam în biroul căpitanului Alexandru Braniște: încăpere luminoasă, spațioasă, elegantă ca o agenție de turism. Ofițerul mă aștepta surîzător, cu o cafea recomfortantă, întrebîndu-mă cum am dormit.

M-am așezat, mi-am cerut scuze că am întîrziat, că mă furase somnul, că cine știe cînd m-aș fi trezit dacă nu ar fi fost telefonul său. Căpitanul Braniște mă privea îngăduitor, înțelegător, apoi deodată l-am întrebat iute, cu privirile arse de osînda curiozității: „Au plecat echipele pe teren? S-a dat de urma asasinului?”

Braniște s-a răsucit puțin într-un fotoliu, s-a aplecat peste birou, a deschis un dosar și a extras câteva file. Apoi l-am auzit glasul de o limpezime extraordinară: „Am aici declarația asasinului. A venit de dimineață la miliție. Singur. Avea chipul răvășit de teamă, dar și de uimire, ca o piclă de somn neterminat. Azi dimineață, cînd să-și ia mașina să plece la serviciu, a observat că aripa stîngă din față era ușor turtită și purta urme de sînge închegat. Omul s-a îngrozit. Cînd făcuse accidentul? Pe cine lovise? Unde? În ce împrejurări? Și primul lui gînd a fost să anunțe miliția. A venit la noi, a declarat tot ce a știut, așteptînd lămuriri din partea noastră. Am reconstituit împreună traseul pe care l-a făcut aseară. Am ajuns și la locul faptei. Într-adevăr, el săvîrșise accidentul acela mortal. Sîngele de pe aripa autoturismului era același cu sîngele victimei. Și totuși, omul care venise la noi declara că nu-și amintește să fi comis vreun accident aseară. Nu simțise nici un șoc, nu observase nimic, nimic, n-a fost nici beat, nici obosit, nici nu obișnuiește să circule cu viteză mare, cum a fost posibil să omoare un om și el să nu știe?! Am insistat cu întrebările. La un moment dat și-a mai amintit că toată ziua de ieri a avut, așa, un fel de somnolență bizară. Am reținut acest amănunt, am mers numaidecît împreună la laborator, i s-a luat sînge pentru analiză, am așteptat rezultatul și abia atunci m-am lămurit: omul avea, de câteva zile, o urticarie rebelă pe trup și, începînd de ieri, urma un tratament intensiv cu Romergan. Asta-i, dragul meu! Nici un suspans. Pe drum s-au întîlnit două persoane: una aflată în stare de ebrietate, pe bază de alcool, șezînd alurea în mijlocul șoselei; cealaltă în stare de somnolență, la volanul unei mașini, pericolul fiind generat, de astădată de un medicament banal: Romerganul! Romerganul care estompează reflexele, creează o stare de somnolență, modifică percepțiile senzoriale. Crezi că poți să scrii o poveste interesantă pe chestia asta?”

Olimpian UNGHEREA

PLANTELE MEDICINALE

în „farmacia familiei“



Într-un hrisov domnesc din Țara Românească de acum mai bine de un veac și jumătate, cu scriitura coborită parcă din parfumul vechilor cronici, se pomenea obligativitatea ca din fiecare casă să nu lipsească ierburile de leac trebuincioase.

Peste timp, chiar dacă medicamentele de sinteză, pe atunci necunoscute, au căpătat o pondere deosebită, nu și-a pierdut din valabilitate nici îndemnul de a avea în „farmacia familiei“ și plante medicinale ca atare sau unele preparate simple realizate din acestea.

În sprijinul celor care doresc să-și constituie cit mai judicios un mic colț de farmacie familială cu plante medicinale, încercăm să dăm o serie de recomandări, pornind chiar de la recoltarea și uscarea plantelor, pînă la modul lor de administrare.

CUM NE PROCURĂM PLANTELE MEDICINALE?

Pe două căi. Prima cale este prin magazinele de specialitate PLAFAR și farmacii, avînd astfel garanția că plantele au fost recunoscute de spe-

cialiști, deci fără risc de confuzii. Pentru cei ce nu au în localitate magazin PLAFAR, o simplă scrisoare pe adresa: PLAFAR Cluj-Napoca, str. Brassay nr. 7 sau PLAFAR București, str. Emil Bodnăraș nr. 50, sector 6, va face să le sosească prin poștă, cu ramburs, pachetul cu plantele solicitate. O a doua cale este aceea de a ne recolta singuri plantele medicinale, prilej de mici excursii în orizontul mai apropiat sau mai îndepărtat, de adîncă comuniune cu natura. Satisfacția de a bea un ceai din plante culese cu propria mîină este cu totul deosebită. Desigur, pentru aceasta trebuie o pregătire prealabilă, mai cu seamă în ce privește recunoașterea lor. Ne pot veni în sprijin următoarele cîteva cărți în care vom găsi planșe color cu respectivele plante: I. Todor: „Mic atlas de plante din flora Republicii Socialiste România“, Editura didactică și pedagogică, 1968; Gr. Constantinescu și Elena Hațieganu-Buruiană: „Să ne cunoaștem plantele medicinale“, Editura medicală, 1986; P. Chirilă și colectivul: „Medicina naturistă“, Editura medicală, 1987; F. Crăciun, O. Bojor, M. Alexan: „Farmacia naturii“ (2. vol.), Editura „Ceres“, 1976-1977.

Despre recoltare, uscare, păstrare vom căuta să răspundem chiar în prezentul articol.

Celei de a treia căi, de a cumpăra plante medicinale de la „vânzătorii de tarabă”, care se întind ca o pecingine în piețe, îi sînt un adversar hotărît din multiple motive. În primul rînd, pentru posibilitatea de a le confunda cu plante nefolositoare (este clasic exemplul cu alte specii de Mușețel vindute în locul celui medicinal) sau chiar cu plante toxice (avem recent sesizări de la Arad și Tulcea privitoare la intoxicații grave datorate consumării unor ceaiuri preparate din plante cumpărate de la asemenea vânzători). Apoi indicațiile fanteziste pe care își permit să le dea oameni cu o pregătire cu totul precară, adevărată sfidare a actelor normative privind sănătatea publică, reprezintă o practică ilicită. Și nu în ultimul rînd, specula fără scrupule care se practică, plantele depășind aici de 5-10 ori sau chiar mai mult prețul produselor din magazinele PLAFAR (de unde nu de puține ori sînt cumpărate și desfăcute din ambalajele originale).

CÎND ȘI CUM SĂ LE RECOLTĂM?

Dacă ne-am hotărît să culegem singuri plante medicinale, momentul optim de recoltare joacă un rol important în calitatea finală a produsului. Este vorba atît de momentul în cursul perioadei de vegetație, dar și de momentul în cursul zilei cînd facem recoltarea, acestea condiționînd atît conținutul în principii active, cît și buna conservabilitate a produsului.

Referitor la momentul din zi cînd facem recoltarea, proverbul „cine se scoală de dimineață, departe ajunge” nu se potrivește deloc în această situație, deoarece trebuie să așteptăm să se ridice roua de pe plante; de asemenea, nu vom recolta pe vreme ploioasă.

Cît privește momentul optim în funcție de stadiul de vegetație, acesta depinde de partea plantei pe care o recoltăm: ● **florile** - la începutul înfloririi, cîci apoi își pierd din substanțele active ● **frunzele** - la maturitatea lor deplină, cînd au căpătat forma și culoarea specifică (nici prea crude și nici prea aproape de cădere nu sînt bogate în principii active) ● **partea aeriană** (așa-numita iarbă) în cursul înfloririi ● **rădăcinile și rizomii** - primăvara timpuriu sau toamna tîrziu, atunci cînd substanțele active s-au retras din părțile aeriene în aceste organe de rezervă ● **cojile** - primăvara cînd seva circulă năvalnic și sînt ușor de desprins ● **fructele** - la maturitate deplină și nu la supraacere, cînd se pierde o serie de vitamine.

Pentru evitarea poluării se recomandă ca plantele să se recolteze de la cel puțin 100-150 m de marginea drumurilor.

Ca unealtă ne este necesar un cuțit bine ascuțit și cu lama suficient de lungă pentru a ne servi la tăierea unor ierburi, scoaterea rădăcinilor sau recoltarea cojilor. În acest ultim scop cea mai bună metodă este inelarea: se taie ramuri tinere, cu coaja necrăpată, pe care se fac inelări cu cuțitul la intervale de 20-30 cm; inelele se unesc printr-o tăietură longitudinală, scoțîndu-se astfel fragmente ca niște jghiaburi, evitîndu-se ca produsul să conțină și lemn, așa cum se întîmplă prin cioplire.

Foarte importantă este condiționarea produsului imediat după recoltare, înainte de a-l pune la uscat. **La flori** se îndepărtează cele atacate de dăunători sau trecute în fructificare; **la frunze și ierburi** se îndepărtează frunzele brunificate, îngălbenite sau atacate, tulpinile lemnificate; **la rădăcini** se îndepărtează cele seci, putrezite, apoi se spală rapid cu un jet de apă pentru a îndepărta pămîntul, iar pentru cele mai groase se recomandă secționarea, pentru ca uscarea să se facă mai ușor; **la fructe** - îndepărtarea celor imature și a celor atacate de dăunători.

Transportul plantelor pînă la locul de uscare trebuie să se facă numai în ambalaje de hirtie sau textile, care permit eliminarea apei provenite din transpirație, dușmanul cel mai mare al plantelor fiind pungile de plastic, în care - în numai cîteva ore de păstrare - ele se depreciază datorită acestei ape.

CUM USCĂM PLANTELE MEDICINALE RECOLTATE?

Le întindem în spațiul de uscare pe hirtii curate, în locuri bine aerisite, în strat foarte subțire, practic plantă lingă plantă și nu plantă peste plantă, deci nu suprapuse. Se recomandă să se usuce la soare florile albe (salcim, soc), rădăcinile, fructele și cojile, în timp ce florile colorate, frunzele și ierburile se vor usca obligatoriu numai la umbră.

CUM RECUNOAȘTEM ÎNCHEIEREA USCĂRII?

Încercînd să îndoi un fragment din produs după deget. Dacă produsul este încă elastic, înseamnă că are apă peste umiditatea de conservare (12-13%) și mai trebuie încă ținut la uscare: dacă se rupe cu un mic zgomet specific, uscarea este încheiată și îl putem pune în ambalajele de păstrare.

CUM PĂSTRĂM PLANTELE MEDICINALE?

În pungi de hirtie, cutii de lemn sau metal, curate și inscripționate cu denumirea produsului și anul recoltării. Din cînd în cînd vom verifica modul lor de conservare. Cît privește durata de păstrare, studii recente ale Institutului de Control de Stat al Medicamentelor și Cercetări Farmaceutice, în colaborare cu Facultatea de farmacie din Tîrgu-Mureș, au arătat că, exceptînd unele plante cu uleiuri volatile (Menta, Mușețelul, Cimbrisorul de cîmp ș.a.), la care evaporarea acestor substanțe duce la circa 2 ani la diminuarea valorii terapeutice, celelalte plante au suficient de stabile principiile active pentru a fi păstrate 3-4 ani, iar în cazul cojii de crușin valabilitatea se păstrează chiar 5 ani.

CE PLANTE ȘI PREPARATE UTILE DIN PLANTE ÎNTRĂ ÎN NUCLEUL DE BAZĂ AL „FARMACIEI FAMILIEI”?

Sînt, în primul rînd, plantele necesare omului sănătos, utile fiecăruia dintre noi, puternic vitaminizate, putînd fi folosite în ceaiul de fiecare zi. Fructele de Măceș (Fructus Cynosbati) dețin adevărate recorduri în ce privește conținutul de vi-

tamină C (de 8-15 ori mai mult decât lămiile, considerate adevărat etalon în acest sens) și de vitamină A, bine venite mai ales în anotimpul rece, în care alimentația este mai săracă în vitamine. Alături de ele, fructele de Cătină (*Fructus Hippophae*) dau un ceai deosebit de plăcut ca gust (se face o infuzie sau decoctie scurtă - 5 minute, cu 1-1 1/2 lingurițe la cană, din două părți maceș și o parte cătină). O sugestie mai aparte, mai ales pentru stimularea funcțiilor intelectuale (în acea „lene postprandială” care se instalează după mese) este folosirea ceaiului de Cimbri (*Herba Thymi*), cu o foarte plăcută aromă (infuzie cu o linguriță la cană).

Pentru tulburări de tranzit intestinal vom avea pregătite câteva plante cu acțiune laxativă. De exemplu, coaja de Crușin (*Cortex Frangulae*) ori comuna Volbură (*Herba Convolvuli*), foarte eficientă fiind coaja de Stejar (*Cortex Quercis*) sau Răchitanul (*Herba Salicariae*). În cazul unor balonări, vor da bune rezultate fructele unor umbelifere: Chimion, Fenicul, Coriandru (*Fructus Carvi*, *Foeniculi et Coriandri*) și Busuiocul (*Herba Basilici*).

În eventuale gripe sau alte afecțiuni febrile, prin acțiunea lor sudorifică, florile de Soc (*Flores Sambuci*) trebuie să-și găsească și ele locul în „farmacia familiei”. Alături de acestea este util să păstrăm și un oțet aromatic destinat frecțiilor (cel mai cunoscut este cel din petale de Trandafir, preparat prin macerarea timp de 5 zile a 100 g petale cu 100 ml alcool și 900 ml oțet, sau cel din flori de Levănțică, preparat prin macerarea a 60-80 g cu un litru de oțet timp de 3 zile, în ambele cazuri strecurându-se printr-un tifon prin presare).

Pentru afecțiunile respiratorii banale, ca anti-tusive în prima fază (cea iritativă) se va putea folosi o plantă emolientă, de exemplu, frunzele de Pătlagină (*Folium Plantaginis*) sau florile și frunzele de Podbal (*Flores et Folium Farfarae*), florile de Tei (*Flores Tiliae*), iar pentru cea de a doua fază, cea de coctiune, rezultate bune va da un ceai expectorant cum ar fi cel din flori de Ciuboțica Cucului (*Flores Primulae*). De asemenea, va fi utilă o sticlă de ulei de Brad sau Pin (*Aetheroleum Abietis et Pini*), din care 7-8 picături pe puțin zahăr, luate de câteva ori pe zi, vor avea o acțiune benefică în rinite (în care se va putea folosi uleiul menționat și sub formă de inhalatii) în laringite, bronșite etc.

Un cicatrizant de excepție, în caz de răni sau arsuri (dar și în uz intern în gastrite hiperacide și ulcere) este uleiul de Sunătoare, care se poate realiza și „casnic”. Se iau 20 g plantă bine mărunțită, umectată 24 de ore cu o lingură de alcool, se fierb 3 ore în „baie de apă” în 200 ml, mestecându-se din timp în timp. După răcire, se strecoară și se ține în sticle brune.

CE PLANTE ȘI PREPARATE SPECIFICE SE VOR PĂSTRA ÎN „FARMACIA FAMILIEI”?

Pe baza unui sfat fitoterapeutic competent, plantele pot fi utile într-o gamă foarte largă de afecțiuni, atât în uz intern, dar și în uz extern (sub formă de cataplasme, gargarisme etc.). Pe această bază, vom completa „farmacia familiei” cu produse specifice afecțiunii de combătut. Ceaiurile combinate PLAFAR, care se adresează

unor afecțiuni sau grupuri de afecțiuni (de exemplu, ceai hepatic, ceai antiastmatic, gastric ș.a. m.d.), au o valoare terapeutică superioară celor simple, datorită efectului sinergic și complementar al plantelor care le compun. Își vor putea găsi aici loc plante utilizate ca adjuvante în afecțiuni digestive (gastrite hiperacide și ulcere, colite, dischinezii, hemoroizi - inclusiv pentru băi), respiratorii, renale (diuretice, cu acțiune sedativă, antiseptică, litontriptică), circulatorii (utile în hipertensiune, cardiopatie ischemică, afecțiuni vasculare periferice, afecțiuni cardiace cu substrat nervos), ale sistemului nervos (indeosebi sedative, hipnotice), afecțiuni metabolice (diabet, gută, obezitate), precum și în alte afecțiuni cronice care necesită un tratament de întreținere de lungă durată.

Alături de plante ca atare și ceaiuri combinate, vom putea ține sticlute cu uleiuri volatile, tincturi, unele preparate simple pe bază de plante, dintre care - ca ultime noutăți - amintesc produsele **Aftogeranil** (împotriva aftelor, stomatitelor), **Tonobil** (util în dischinezii biliare, colecistopatii), **Giardinocid** (în combaterea giardiozei).

CUM SĂ PREPARĂM CORECT CEAIURILE?

Dacă plantele nu sînt însoțite de indicații exprese, regula este următoarea: ● **florile, frunzele, părțile aeriene și mugurii** - la care membranele celulare nu au îngroșări secundare și sînt permeabile - **sub formă de infuzie** (apa în clocot se toarnă peste plantă, într-un vas smălțuit sau ceramic, acoperit cu o farfurioară, ținându-se la infuzat 10-15 minute) ● **rădăcinile și cojile** - care au membrane celulare îngroșate, mai greu de penetrat - **se prepară sub formă de decoct** (se pune de la început planta în apă, lăsându-se apoi să clocotească 20-25 de minute, cu completarea apei evaporate). Fac excepție frunzele de Visc (*Folium Visci*), principalul preparat antihipertensiv al „farmaciei verzi”, și rădăcinile de Nalbă mare (*Radix Althaeae*), care se prepară sub formă de macerat la rece, punindu-se planta în apă la temperatura camerei timp de câteva ore.

Majoritatea ceaiurilor se beau călduțe (absorbția fiind cu mult mai bună), îndulcite cu zahăr sau, și mai bine, cu miere, bineînțeles cînd nu sînt contraindicații (diabet, obezitate etc.). Ceaiurile se prepară numai pentru 24 de ore.

Și tincturile se pot prepara ușor, ele fiind recomandate mai ales în cazul în care consumul de lichide este limitat (în afecțiuni cardiace), punindu-se la macerat 20 g plantă în 100 ml alcool de 70°, timp de 7-10 zile.

* *

Considerînd că noțiunile date reprezintă un înțeles util pentru cei care doresc să-și facă un colț al „farmaciei familiei” cu plante medicinale, nu-mi rămîne decît să le reamintesc că orice drum începe cu primul pas. Curaj!

Mircea ALEXAN
doctor în biologie

DENUMIRI POPULARE ALE UNOR PLANTE MEDICINALE

Omenirea, în decursul existenței sale, a în-
trebuințat pentru tratarea bolilor plantele me-
dicinale pentru marea calitate de a nu conține
substanțe vătămătoare corpului nostru și de a
nu da obişnuită organismului prin folosirea lor
îndelungată, dar în schimb, ameliorează sau
vindecă majoritatea bolilor. Celebrul doctor
Axel Munthe spunea: „Natura ne-a oferit
această mare binefacere cu prețul cel mai
mic”. Marea calitate a principiilor active cu-
prinse în plantele medicinale este aceea că
sînt asimilate de organism mai repede decît
produsele de sinteză și au efecte terapeutice
vizibile. Tuturor acestor plante poporul nostru
le-a dat denumiri adeseori foarte sugestive, le-
gate de proprietățile respective.

În stabilirea etimologiei reale a acestor
plante ne-am condus după „Dicționarul expli-
cativ al limbii române” (DEX) și după lucrările
științifice ale celebrului poet și medic Vasile
Voiculescu.

Străbunii noștri au denumit aceste plante
după mai multe considerente, cel mai repre-
zentativ fiind cel al înfățișării plantei și al
efectelor terapeutice.

În această categorie menționăm Albăstrelele
(*Centaurea cyanus*), denumire dată plantei
datorită faptului că florile sînt colorate într-un
albastru foarte frumos. Se administrează sub
formă de infuzie (ceai) preparată din 1—2 lin-
gurițe de flori la 200 ml apă, din care se beau
2—3 cești pe zi înaintea meselor principale.
Se utilizează în bolile renale, deoarece au
efect diuretic.

Cătușnica (*Nepeta cataria*), numită de po-
por și Iarba Miței, deoarece pisica simte o de-
osebită plăcere să se tăvălească prin ea. Cu
această plantă se face infuzie (o lingură la 1
litru de apă), din care se beau 2—3 cești pe
zi; este bună pentru calmarea sistemului ner-
vos și potolirea durerilor de stomac.

Ciuboțica Cucului (*Primula officinalis*) are
flori delicate, care se aseamănă ca formă cu o
ciuboțică. Deoarece ea înflorește la sfîrșitul
lunii aprilie, cînd începe să cînte cucul, popo-
rul, în fantezia lui, i-a zis Ciuboțica Cucului.
Este folosită sub formă de infuzie (2 lingurițe
de flori la o cană de apă), din care se beau
2—3 căni pe zi, în bronșite și boli de rinichi,
avînd proprietăți diuretice.

Din planta Coadă Șoricelului (*Achillea mil-
lefolium*), care se aseamănă cu o coadă de

șoarece, se face o infuzie (2 lingurițe de
plantă la o cană cu apă) pentru a mări pofta
de mîncare și a regla menstruația. Sucul stors
din planta verde vindecă crăpăturile sîinului la
femeia care alăptează.

Lemnul dulce (*Glycyrrhiza glabra*) își trage
numele de la gustul său dulce. Fiertura (25
g/500 ml apă) potolește tusea și se folosește
ca laxativ.

Măselărița (*Hyoscyamus niger*) are acest
nume deoarece este folosită în calmarea dure-
rilor de măsele. Se toarnă apă fiartă peste se-
mințele ei mature și se inhalează aburii pînă la
trecerea durerii.

Iarba de negi sau Rostopasca (*Chelidonium
majus*) se numește așa deoarece cu sucul ei,
cînd este tînără, se tratează verucile, negii. Se
folosește sub formă de infuzii (1—2 linguri la
1 litru de apă) în bolile de ficat, din care se
beau 2—3 căni pe zi.

Strugurii ursului (*Uva ursi*) este o plantă cu
fructe cărnose, fragede și dulci, fiind mult
apreciată de urs. Se prepară din frunzele ei (o
lingură/1 litru de apă) un ceai cu acțiune diu-
retică.

Cu partea aeriană a plantei Traista Cioba-
nului (*Capsella bursa-pastoris*), denumită ast-
fel pentru că fructul ei seamănă cu o traistă
de cioban, se fac infuzii (o linguriță de flori la
o cană cu apă), din care se beau 2—3 ceaiuri
pe zi; sînt indicate în hemoragiile uterine.

Sunătoarea (*Hypericum perforatum*) se nu-
mește așa deoarece fructul ei este o capsulă
cu trei camere în care se află semințele coapte, prin
mișcare, imită sunetele unei sunători. Se folo-
sește în boli de ficat, colite etc.

Țintaura (*Centaurium umbellatum*) se nu-
mește și Fierea pămîntului din cauza gustului
ei foarte amar. Se face ceai din 5 lingurițe de
plantă la 1 litru de apă și se bea o ceașcă
înainte de masă pentru a produce pofta de
mîncare.

Plămînărica (*Pulmonaria officinalis*) este de-
numită astfel din cauză că se folosește în bo-
lile de plămîni, sub formă de infuzie preparată
din 2—3 lingurițe de plantă la o cană cu apă,
din care se beau 2—3 căni pe zi.

Luminărica (*Verbascum thapsiforme*) crește
dreaptă ca o luminare, de unde își are și nu-
mele. Infuziile, realizate din o linguriță la o
cană cu apă, sînt bune în bronșite.

Talpa giștii (*Leonurus cardiaca*) se numește
astfel după aspectul frunzelor ei, care sea-
mănă cu talpa acestei păsări de curte. Infuzia
(din 1—2 linguri de frunze la o cană cu apă)
se dă în stări depresive, nervoase, tulburări
neuro-cardiace.

Un grup important de denumiri populare ale
plantelor le moștenim direct din limba latină.
Astfel este ceapa (*Allium cepa*), care coaptă și
pusă pe buboale le grăbește coacerea. Ceren-
țelul (*Geum urbanum*), al cărui nume vine de
la cuvîntul „cerintha”, este folosit sub formă de
decoct sau infuzie (1—2 lingurițe la o cană de
apă), din care se beau 2—3 ceaiuri pe zi în
dispepsia gastrică și enterite infecțioase cu
hemoragii. Cicoarea (*Cichorium intybus*) își
păstrează fără modificări numele științific latin
în denumirea noastră populară. Infuzia (din
1—2 lingurițe la un pahar cu apă), din care se

bea dimineața și seara câte o cană, produce poftă de mâncare și fluidifică bila. Cozile cireșelor (*Cerasus avium*) sînt folosite în prepararea de infuzii diuretice. Ceaiul din flori de Frasin (*Fraxinus ornus*), preparat din 3 lingurițe/1 litru cu apă, din care se beau cîteva cești pe zi, este antireumatic, iar preparat din 5 lingurițe la 1 litru cu apă combate constipația. Infuzia de Ienupăr (*Juniperis communis*), realizată din 1—2 lingurițe de fructe la o cană de apă, are proprietăți diuretice și antireumatismale, dar se indică și în ciroze și infecții urinare. (Atenție, fructele luate în cantități mari irită căile urinare și provoacă hematurii!). Inul (*Linum usitatissimum*) se folosește amestecînd 2 linguri de semințe cu o ceașcă de apă, după care se lasă împreună 10—12 ore să se înmoaie. Seara, la culcare, se consumă întreg conținutul ceștii, fiind un bun remediu contra constipației. Cu făina de in (singură sau amestecată cu făină de muștar și apă caldă) se fac cataplasme contra răcelii. Din Mentă sau Ismă (*Mentha piperita*) se realizează o infuzie (o linguriță la o cană cu apă), din care se beau 300 ml/zi; combate diareea, spasmele pilorice și greața. Ceaiul din flori de Salvie (*Salvia officinalis*), preparat din 2 lingurițe/litru de apă, din care se beau cîteva cești pe zi, este un antiseptic al stomacului și are proprietatea de a evacua gazele din intestin. Teiul (*Tilia tomentosa*) este folosit la infuzii (1—2 lingurițe de flori de tei la o cană de apă), din care se beau 2—3 căni; este un bun hipotensiv și sedativ.

În decursul istoriei noastre am avut legături de prietenie cu toate popoarele slave, dar în special cu slavii din sudul Dunării. Din cauza oprîmării turcești ei se refugiau în țara noastră, unde găseau o viață omenească și prietenie. Acest fenomen a influențat într-o anumită măsură și denumirea unor plante medicinale, cum sînt: Bujorul (*Paeonia officinalis*), a cărei rădăcină fiartă (2 linguri la o cană cu apă) liniștește stările nervoase și Crușinul (*Rhamnus frangulae*), de la care se întrebuițează numai coaja bine uscată (deoarece în stare proaspătă conține o substanță albuminoidă ce irită stomacul, dar care se distruge prin încălzire la 100 grade); o linguriță de coajă uscată de Crușin se fierbe 25 minute în 150 ml de apă, după care se lasă să se răcească fiertura timp de 6 ore; se bea seara la culcare, fiind un bun purgativ.

Și din limba turcă avem cîteva denumiri, ca: Dovleac sau Bostan (*Cucurbita pepo*), ale cărui semințe decorticate sînt vermifuge (se dau cîte 40 g la copii și 60—80 g la adulți luate odată); Anason (*Pimpinella anisum*), folosit sub formă de infuzie pentru degajarea intestinelor de gaze (preparată din 2 lingurițe la o cană de apă), din care se beau cîte 2—3 căni pe zi.

Din limba greacă veche avem: Busuiocul verde (*Ocimum basilicum*), din ale cărui flori se realizează infuzii eficiente în tusea acută sau cronică și în colici intestinale (o linguriță la un pahar cu apă). Chimenul (*Carum carvi*); se face ceai din semințe (o linguriță la o cană cu apă) și se folosește în combaterea durerilor intestinale și în producerea poftei de mâncare. Păpădia (*Taraxacum officinale*) se dă ca infuzie (o linguriță la o cană cu apă, din care se beau 2—3 cești/zi) în dispepsii, insuficiență hepatică și icter cataral.

Plante vechi cu denumire tracă avem: Ghimpele (*Xanthium spinosa*), din părțile lui aeriene preparîndu-se un decoct (o linguriță la un pahar cu apă), din care se beau 2 căni pe zi timp de 6 luni iar apoi numai un pahar timp de 2 ani, eficient în tratarea afecțiunilor prostatei. Coacăzul negru (*Ribes nigrum*); infuzia din frunzele sale (1—2 lingurițe la una cană de apă) este diuretică.

În terminologia populară a plantelor întîlnim numeroase specii a căror etimologie nu se cunoaște, cum sînt: Brusturele (*Arctium lappa*), din rădăcina căruia, pisată, se face un macerat (3—4 linguri la 1 litru cu apă, 2—3 căni/zi) diuretic; Mușetelul (*Matricaria chamomilla*), folosit sub formă de infuzii (1—2 lingurițe la una cană cu apă, 2—3 căni/zi) ca sedativ și antiinflamator; Măceșul (*Rosa canina*), din fructele căruia se prepară un decoct (1—2 lingurițe la una cană cu apă, 2—3 căni/zi) indicat în avitaminoze, afecțiuni hepatice și diuretice; Obligeana (*Acorus calamus*), din al cărei rizom se face un decoct (o linguriță de o cană cu apă), din care se dă 3 linguri de ceai/zi, ce este stimulent gastric și ajută digestia; Parpian (*Antennaria dioica*), se întrebuițează în infuzii (o linguriță la una cană cu apă), în tuse și răgușeală; Ruscuța de primăvară (*Adonis vernalis*) se recomandă numai cu avizul medicului în extrasistole de natură nervoasă, hipertensiune arterială, tulburări neurovegetative, sub formă de infuzie (1—2 lingurițe la una cană cu apă); Socul (*Sambucus nigra*), ale cărui flori se întrebuițează sub formă de infuzie (1—2 lingurițe la una cană), în gripă, răceală, bronșită; Tătăneasa (*Symphytum officinalis*), din al cărui rizom se prepară infuzie sau decoct (o linguriță la una cană cu apă, 2—3 căni pe zi), indicată în tratamentul ulcerului gastric.

Bogăția terminologică și varietatea plantelor medicinale indică adîncile tradiții ale terapiei populare practică de milenii pe pămîntul țării noastre.

Farm. Napoleon ALBU

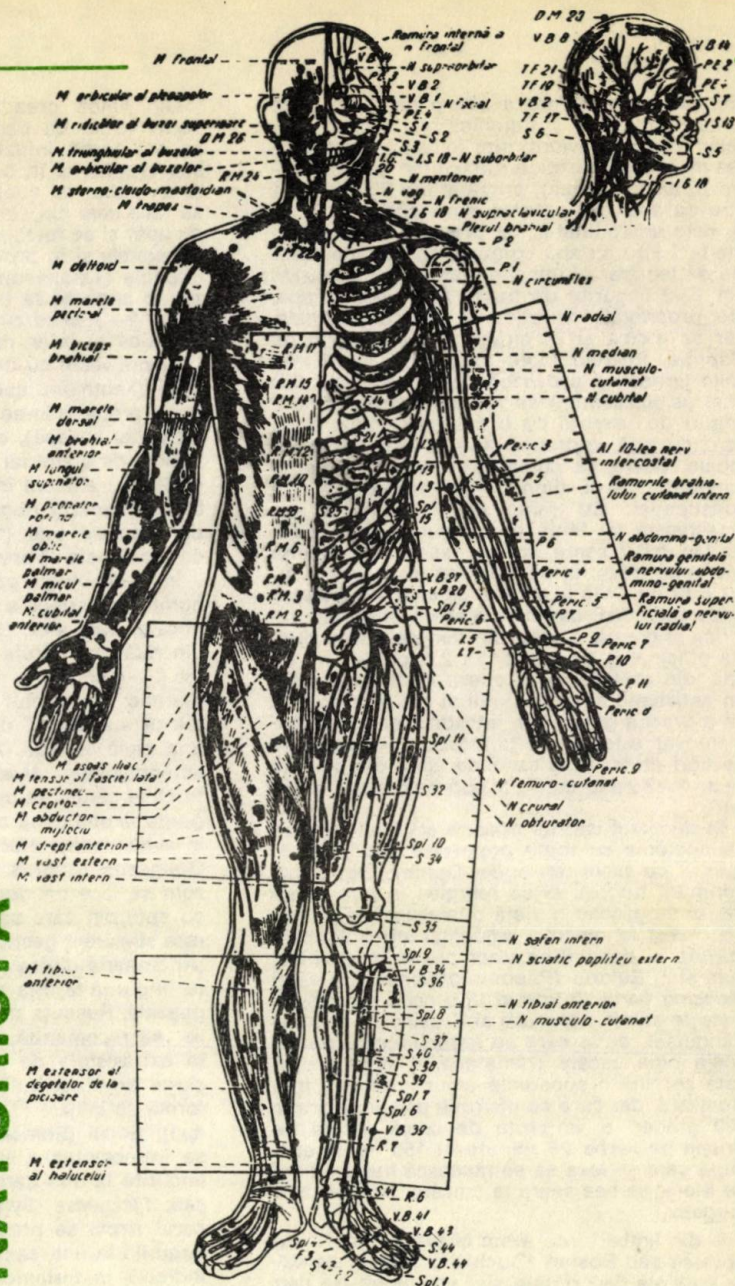




ACUPUNCTURA, TERAPIE DE ESENȚĂ NATURISTĂ

Acupunctura este un vechi sistem de medicină care s-a dezvoltat în Extremul Orient (China, Japonia, Vietnam), cu o largă răspindire astăzi în întreaga lume (încît fiecare al 6-lea locuitor al Terrei primește o astfel de terapie), în care acele sînt folosite pentru vindecarea bolilor. Ea a fost dată uitării o perioadă, ba chiar interzisă un timp, datorită rezultatelor excelente obținute în urma aplicării vaccinurilor, sulfamidelor, antibioticelor, corticoizilor și a altor substanțe farmacologice. Uluiți de avalanșa aparatelor și in-

strumentelor de tot felul, cu care au investigat organismul, unii medici au dat uitării practicile naturiste acumulate de milenii. Abia în ultimii ani s-a reconsiderat această poziție, în concordanță cu forurile de sănătate din foarte multe țări. Însăși Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.), acest for suprem de supraveghere a sănătății, susține azi reevaluarea experienței trecutului, ca și a tradițiilor naturiste de tot felul, care vin în sprijinul sănătății omului.



În plină explozie a cuceririlor științei și tehnicii, asistăm în prezent la noi dimensiuni ale practicilor terapeutice de esență naturistă. Astfel, acupunctura, fitoterapia, homeopatia, masajul etc. au căpătat noi valențe în viața medicală. De fapt, medicina clasică confirma înaltul grad științific al acupuncturii. Medicii Chinei antice știau exact situarea organelor în corpul omului și circulația singelui, în timp ce medicina modernă a descoperit acest lucru câteva milenii mai târziu. Astfel, în scrierile vechi de acupunctură se afirmă că rinichii guvernează singele și nutresc osul; medicina modernă descoperă că aceea care dictează numărul și cantitatea de globule roșii este eritropoietina, un hormon fabricat de rinichi, iar vitamina D₂ este metabolizată de rinichi. De asemenea, se știa că circulația energiei vitale la nivelul meridianelor era strâns legată de un anumit ritm, prefigurând în acest fel studiul ritmurilor circadiene și importanța lor în administrarea medicamentelor, cit și al orologilor biologice, care în zilele noastre a revoluționat gândirea medicală contemporană.

Deoarece acupunctura este privită ca un element al practicii medicale preventive și curative, în ultimul timp s-a stabilit o serie de linii de cercetare în acest domeniu. Folosind cele mai noi cuceriri ale științei în domeniul fiziologiei, biochimiei, fiziopatologiei, histochimiei, fizicii, în Institutul de Fiziologie Normală și Patologică „D. Danielopolu” din București se abordează studiul mecanismelor acupuncturii și al analgeziei prin această metodă, cit și descrierea variațiilor parametrilor fiziologici, înainte, în timpul și după tratamentul prin acupunctură, auriculopunctură, electroacupunctură etc.

În concepția medicinei tradiționale chineze, omul este legat de cosmos; dar o frontieră între aceste realități există, aceasta fiind pielea. Grație acestui înveliș cutanat și prin posibilitățile încă necunoscute pe care acesta le oferă, putem stabili echilibrul energetic rupt din diferite cauze, practicând acupunctura. Înțepătura acului într-un punct precis al pielii stimulează anumiți nervi, care transmit impulsuri către măduva spinării și centri inferiori ai creierului. Întreaga suprafață a organismului este împinzită de nervi, iar fiecare centimetru al său se află direct ori indirect sub controlul sistemului nervos.

Arta acupuncturii constă în cunoașterea precisă a reechilibrării fluxului energiei din corp. Armonizarea acestei puteri vitale se reflectă în sănătatea întregului organism, pierderea armoniei cauzând boala. Dar pentru a înțelege mai bine acest mecanism, vom prezenta, în continuare, câteva cazuri și rezolvarea lor cu ajutorul acestei tradiționale metode.

Astfel, amintim cazul unei bolnave care avea palpații și apăsări în piept, datorate unui stres fizic sau psihic, oboseind chiar la efort ușor, simțindu-se epuizată (nu avea energie). fapt pentru care îi era necesar să se odihnească toată ziua. Era limpede că aceste simptome se datorau inimii. De aceea, introducând acul în punctul nr. 7 de pe meridianul cordului, în câteva minute simptomele au fost ameliorate, iar după alte 7 ședințe de acupunctură pacienta respectivă a fost vindecată. O altă pacientă se plîngea de peste 19 ani de migrene. Accesele se instalau o dată sau

de două ori pe săptămână, uneori durind toată ziua, obligînd-o să-și întrerupă activitatea profesională. Înțepînd puncte de pe meridianul ficatului și vezicii biliare s-au obținut rezultatele așteptate. Altă dată am fost solicitați de antrenorul de fotbal Cornel Dinu să rezolvăm un caz de torticolis, fiind vorba și de o urgență, deoarece cel suferind trebuia să joace peste 2 ore în echipa sa de club. Folosind acupunctură și electroacupunctura cazul a fost rezolvat, el putînd juca.

Iată, așadar, cum „energia” activează variatele procese din organism, cum sînt: circulația neîntreruptă a singelui, termoreglarea, digestia și absorbția, respirația, diureza, transpirația etc. În tratamentul medicinei tradiționale, efectul înțepării cu ace este obținerea lui „Qi” – a energiei. Dacă acul nu-l obține pe „Qi”, tratamentul este ineficace.

Numărul de ședințe de acupunctură pentru a vindeca boala variază considerabil.

Odată un bolnav vindecat, el are pulsul normal și trebuie controlat o dată la trei luni pentru înregistrarea stării de sănătate. Dacă în această perioadă contractează o altă boală, aceasta nu necesită decît câteva ședințe de tratament sau poate doar una singură, pentru vindecare.

Viteza răspunsului la tratament este diferită de la caz la caz în funcție de boală. Rezultatul final ține de fiecare medic, de cunoștințele și priceperea sa. În China, un medic eminent era cel care nu numai vindeca o boală, dar o și prevenea.

Părinții cu o sănătate normală aduc pe lume copii sănătoși. Acesta este unul din aspectele fundamentale ale medicinei preventive. Dar nu trebuie uitați și alți factori: mișcarea, hrana, aerul curat, relaxarea, gîndirea.

Acupunctura aplicată curent nu are nici un fel de efecte secundare, în timp ce medicamentele dau atîtea accidente, aducînd prejudicii organismului, creînd obișnuința, iar cu timpul presupunînd administrarea unor doze mai ridicate. Trebuie subliniat faptul că medicii anesteziști au comunicat despre operații reușite pe cord, creier, în chirurgia generală, cu ajutorul analgeziei prin electroacupunctură. În timpul analgeziei prin acupunctură circulația se menține stabilă, iar postoperator sînt necesare mult mai puține medicamente.

Putem da exemple și de boli psihice care de fapt sînt afecțiuni fizice și pot fi vindecate prin acupunctură. Astfel, foarte multe persoane care au tulburări ce includ teama au o disfuncție a rinichilor, mulți copii fricoși udă patul noaptea, alții după o spaimă doresc să urineze. Actorii cu trac, de asemenea profesorii ce nu au încredere în ei, alți indivizi înaintea interviurilor, examenelor, testelor de conducere a autoturismelor. Toți aceștia suferă cel puțin ipotetic de rinichi și pot fi vindecați prin acupunctură.

Cei care nu au experimentat sau nu au avut ocazia să vadă rezultatele acupuncturii au impresia că ea este un fel de hipnoză. Dar aceste păreri sînt subiective și neavenite, datorită ignoranței lor. Dovada? Acupunctura dă rezultate și dacă pacientul este inconștient sau sub anestezie generală.

Această concepție fundamentală, conform căreia organismul este divizibil în 12 sisteme fiziologice

logice de bază, cărora li se subordonează alți factori, este un dar pentru care sîntem recunoscători medicinei tradiționale, căci este descrisă atît de detaliat în una din cele mai vechi cărți de medicină („Nei Jing”) încît trebuie să-și aibă rădăcinile într-o epocă care a reprezentat apogeul unei civilizații mai îndepărtate.

Un număr redus de bolnavi, care nu simt îmbunătățiri în timpul tratamentului, pot avea o ameliorare sau chiar o vindecare mai tîrzie, fiind posibil ca procesul fiziologic de refacere să fie mai lent.

Unii dintre suferinzi au simțit răspunsul la cîteva secunde de la înțepătura primului ac, alții au trebuit să fie tratați de mai multe ori pînă la înregistrarea unui efect pozitiv.

După un singur tratament pacientul poate să nu simtă nimic deosebit. În alte cazuri se poate ca el să simtă energia, o ușurare și o bună dispoziție datorate efectului stimulator al acupuncturii. Alți subiecți simt o relaxare care, în general, este urmată de o armonie plăcută datorită reechilibrării energiei.

Durerile de șale sînt destul de frecvente și uneori vina este dată pe discul intervertebral (23 de discuri se află între vertebrele coloanei vertebrale). Discul este legătura cartilagineasă dintre două vertebre. Prin uzură sau prin ridicare

bruscă a unui obiect greu se poate ajunge la așa numitul prolaps discal. Evoluția bolii devine atunci dramatică. Discul deplasat apasă pe țesutul nervos, iar în cazurile grave pe rădăcinile nervilor; în această situație bolnavul nu se mai poate mișca, iar durerea iriază în picior. În 79 la sută din cazuri la Institutul „D. Danielopolu” s-au obținut rezultate spectaculoase prin acupunctură, reușind să curmăm durerile. În acest scop înțepăm punctele meridianului vezicii urinare și punctele de pe meridianele vezicii biliare, cu efecte excepționale în combaterea îmbolnăvirilor coloanei vertebrale și a durerilor de sciatică.

Considerăm că acest sistem de medicină facilitează vindecarea organismului de către el însuși, căci neurotransmițătorii stimulați de acești acini înșiși mobilizați în reglarea tuturor proceselor fiziologice. Deci, acupunctura ne oferă o reglare fiziologică a organismului, iar acest sistem de medicină prezintă cea mai mare siguranță dacă este bazat pe cunoștințe medicale temeinice și complete; în aceste condiții acupunctura este o fiziologie aplicată a zilelor noastre.

Doctor în medicină Nicolae GHEORGHE
Institutul de Fiziologie Normală și Patologică
„D. DANIELOPOLU”

Le știați?

La sfîrșitul primăverii anului 1791, în Germania se răspîndește falsa știre a morții lui Friedrich Schiller, pe atunci bolnav de plămîni, astm și de o infecție peritoneală. Indurerați, admiratorii săi din Danemarca — în frunte cu poetul Boggesen — iau inițiativa organizării unei ceremonii funerare nocturne în memoria marelui dispărut. Costumați în păstori și păstorițe, aducînd coroane de flori, ei cîntă, recită și interpretează fragmente din opera lui Schiller, manifestația prelungindu-se trei zile. La sfîrșitul ei, participanții aveau să afle că ilustrul... defunct este în drum spre Karlsbad, pentru a urma o cură balneară...

În apogeul gloriei sale literare, Balzac nutrea iluzoria dorință de a fi primit membru al celebrei Academii franceze. După ce s-a asigurat de sprijinul lui Victor Hugo, el face o vizită protocolară și academicianului Charles Nodier, om cu multă influență printre colegi. Bolnav, Nodier îl primește întins în pat și după ce află motivul venirii autorului „Comediei umane” îi replică: „Ei, prietene, tu îmi ceri votul iar eu îți dau locul! Mă lupt cu moartea...”

În anul 1931, Nicolae Iorga fusese însărcinat cu formarea unui nou guvern. Știînd că domeniul sănătății — și nu numai acesta — se află în grea suferință, a hotărît să-l atragă ca ministru al sănătății pe savantul neurolog Gheor-

ghe Marinescu. Fin psiholog, s-a gîndit că ar obține mai ușor consimțămîntul acestuia mergînd să stea de vorbă cu el, ca între colegi, la Spitalul Central, unde profesorul Gheorghe Marinescu era director. S-a întîmplat însă ca, după ce și-a anunțat vizita, furat de unele treburi, proaspătul prim-ministru să întîrzie cam mulțisor... Cînd, în sfîrșit, mașina oficială a tras în fața intrării spitalului, Gheorghe Marinescu l-a primit pe Iorga cu brașele deschise, rostind cuvintele care au făcut imediat înconjurul și deliciul Bucureștilor: „Domnule, de cînd te aștept să vii aici!”

În urma publicării, la 30 septembrie 1943, a vitriolantului pamflet „Baroane” — care-l viza pe Manfred von Killinger, ambasadorul Germaniei hitleriste în România — Tudor Arghezi este internat, timp de trei luni de zile, în lagărul deținuților politici de la Tg. Jiu. Aici, în cabana nr. 8, camera 5, avea să scrie „Seringa”, piesă de teatru ce-i fusese cerută mai demult de către Liviu Rebreanu, directorul Naționalului bucureștean. Cum regulamentul lagărului prevedea că orice corespondență a deținuților trebuie citită și cenzurată, Arghezi a dat „Seringa” spre lectură colonelului Leoveanu, comandantul lagărului. Încîntat, după citirea ei, acesta a aprobat expedierea piesei pe adresa teatrului amintit, cu următoarea rezoluție, parafată cu semnătura lui și ștampila lagărului din Tg. Jiu: „1.XI. 1943. Citită de subsemnatul, nu conține nimic suspect. Colonel Leoveanu”. Ea avea să vadă lumina rampei în aprilie 1947, din dispoziția lui Zaharia Stancu, noul director al Teatrului Național.

Aurel CODREANU



PREMIILE NOBEL pentru fiziologie și medicină 1983—1988

În cursul ultimilor cinci ani au primit Premiul Nobel pentru fiziologie și medicină 9 laureați: 1983 Barbara McClintock pentru lucrări în genetică; 1984 a) Niels Kaj Jerne, b) Georges I.F. Köhler, c) Cesar Milstein pentru contribuții în imunologie; 1985 a) Michael S. Brown, b) Joseph L. Goldstein pentru lucrările în metabolismul colesterolului; 1986 a) Stanley Cohen, b) Rita Levi-Montalcini pentru lucrările lor în genetică; 1987 Susumu Tonegawa pentru lucrări în imunologie; 1988 G.H. Hitching, G. Elion și J. Black.



1983. Barbara McClintock a primit distincția pentru „Descoperirea structurilor mobile în masa genetică, structuri care prezintă o importanță fundamentală în cunoașterea organizării și funcționării masei genetice, care a permis de a elabora legile transpoziției fragmentelor de A.D.N. a unui cromozom la altul, descoperite de ea în 1950”. Pentru a descoperi secretele genetice cercetătoarea a studiat îndeosebi genetica pigmentației boabelor de porumb. Observând generații de porumb în ceea ce privește pigmentațiile, ea a găsit că eșantioanele nu urmează modele precise de schimbare de culoare. Examinând cromozomii de porumb la microscop, a conchis că genele schimbă poziția la întimplare din generație în generație. Aceste elemente „transpozabile” (sau TE) pot face lucruri neprevăzute.

Observațiile sale au permis să se rezolve o enigmă fundamentală a geneticii, a „diferențierii celulare”. Fiecare celulă a corpului conține totalitatea materialului genetic, reunit în momentul fecundației. Când celulele (fie animale, fie vegetale) se specializează, unele devin piele, altele mușchi, oase sau nervi. Schimbarea genelor sub formă de „transpoziție de elemente” va putea explica cum celulele, având o constituție comună și identică, pot deveni diferite ca formă, talie și funcție.

Lucrările Barbarei McClintock asupra porumbului au început să fie publicate în anii '50, însă nu au produs în lumea științifică decât un interes minor. A trebuit să treacă 15 ani ca existența elementelor mobile în genom și înzestrate cu prioritățile vecine cu ale porumbului să fie demonstrate la nivelul molecular în numeroase specii și bacterii. Faptul că genele se pot deplasa, cum a arătat McClintock, a contribuit la tehnica recombinării ADN, unde enzimele sînt întrebuințate pentru a secționa gene și a reinsera în diferite fragmente pe cromozom, astfel că simple bacterii pot fi convertite (transformate) în uzine pentru a elabora proteine complexe. Genele transpozabile au implicații medicale importante. Ele permit să explice cum globulele albe pot produce anticorpi așa de rapid în caz de infecție și pot oferi perspective noi în studiul cancerului.

Barbara McClintock s-a născut la 16 iunie 1902 la Hartford, în Connecticut (SUA) și a studiat la Universitatea Cornell din Ithaca, unde a primit diploma în științe în 1927, an în care, în calitate de asistent universitar, și-a început cariera științifică. După 3 ani a lucrat la diferite proiecte științifice finanțate de Consiliul Național de Cercetare Științifică de la Pasadena (California), apoi la Institutul Botanic din Freiburg (RFG), sprijinit de Fundația Guggenheim. Pe plan universitar, B. McClintock a fost la început profesor asociat (asistent universitar) la Universitatea din Missouri și membru al Institutului Carnegie din Washington, iar în 1965 profesor la Universitatea Cornell și consultant al unui program al Fundației Rockefeller (1962—1969). Cea mai mare parte a cercetărilor sale a fost făcută la Institutul Carnegie, la Cold Spring Harbor, între anii 1940 și 1950.

1984. Laureatii aparțin a trei țări și a trei vîrste diferite: danezul Niels Kaj Jerne, autor al teoriilor asupra „specificității dezvoltării și controlului sistemului de imunizare”, vest-germanul Georges I.F. Köhler și argentinianul Cesar Milstein pentru descoperirea „principiului referitor la producerea de anticorpi monoclonali”. Ei au pus în evidență sistemul de apărare imunologică a organismului față de agresiunile bacteriene și au pus la punct sinteza anticorpilor monoclonali. Studiile lor au permis să se producă sinteza artificială a moleculelor de anticorpi de specialitate dată, identici și în cantități aproape industriale. Danezul Jerne a fost aproape 30 de ani „teoreti-

cianul-șef" în materie de imunologie și a dat prin cele 3 teorii ale sale orientări cruciale în dezvoltarea imunologiei moderne. Prin teoria selecției naturale din 1955, a mutației somatice din 1971 și, în special, prin teoria rețelei a stimulat considerabil cercetarea și a condus la achiziționarea de noi cunoștințe în domeniul sistemului imunologic. Fundamentul teoriei rețelei a fost pus când cercetătorul danez a observat că anticorpii pot produce anticorpi dirijați contra elementului anticorp inițial care leagă antigenul. În plus, anticorpii pot, la rândul lor, produce o generație de anticorpi, anti-anticorpi. În principiu această cascadă de anticorpi este infinită și crează în continuu noi proprietăți specifice în domeniul apărării imunizante.

Teoria rețelei a lui Yerne implică existența celulelor imuno-competente ale unei singure specificități, așa cum a fost adus la cunoștință experimentul de producere a anticorpilor monoclonali prin lucrările lui Köhler și Milstein. Ei au îmbinat celule producătoare de anticorpi, „plasmocite”, rezultând din diferențierea limfocitelor B, cu anumite celule canceroase, grație unui agent polietilenglicol. Plasmocitul nu supraviețuiește normal în cultură, însă, odată combinat (fuzionat) cu celula tumorală, el câștigă capacitatea de a se divide nelimitat în cultură, conservând proprietatea de a produce anticorpi. Celulele astfel formate sînt numite hibridoame. Cum un plasmocit nu fabrică decît un singur anticorp și totdeauna același, hibridomul care derivă are aceeași specificitate. Odată ce contopirea (fuziunea) este realizată, hibridoamele sînt „clonate”; culturile (clonele) vor trebui stabilite plecînd de la o singură celulă. Clonul hibridom ar urma să păstreze calitățile celulelor originare și, astfel, să se reproducă la infinit în culturi in vitro și să producă anticorpii monoclonali (de la grecescul monos = unic) doriți, care sînt deci produși de descendenți identici ai unei singure celule.

Köhler a demonstrat că în acest fel se pot produce anticorpi capabili să lupte contra diversilor antigeni: cancer, poliomielită, gripă, rubeolă, tetanos, boli antiimune. Anticorpii monoclonali se pot folosi la depistarea și dozarea imunologică a medicamentelor, la tratamentul intoxicațiilor și la anumite boli hormonale.

Punerea la punct a tehnicii hibridoamelor de către C. Milstein și grupul său a dat un avînt remarcabil cînd biologia celulară, enzimologia și imunologia au fost asociate într-o realizare prodigioasă.



Dr. Niels Kaj Yerne s-a născut la Londra, la 23 decembrie 1911. Cetățean danez, el a făcut studiile de medicină la Universitatea din Copenhaga, specializîndu-se în biochimie și în imunologie la Californian Institute of Technology (Pasadena—SUA), apoi la Universitatea din Pittsburgh (SUA), unde a condus ulterior Departamentul de microbiologie. Între anii 1966 și 1969 este profesor de terapie experimentală și directorul Institutului „Paul-Ehrlich” al Universității din Frankfurt pe Main (RFG). A fost primul director al Institutului de imunologie din Băle (Elveția) între 1969 și 1980, Consilier pentru cercetarea medicală al Organizației Mondiale a Sănătății, este, totodată, președintele Consiliului european de biologie moleculară și consultant special al Institutului „Pasteur” din Paris, fiind considerat „cel mai mare teoretician al imunologiei”. Niels Kaj Yerne a primit cele mai înalte distincții științifice mondiale consacrate imunologiei pentru lucrări majore, din care celebra rămîne „Teoria selecției naturale pentru formarea de anticorpi”.



Dr. Georg I.F. Köhler s-a născut la München, la 17 aprilie 1946. După studii de biologie la Universitatea din Freiburg (R.F.G.), beneficiază, în 1974, de o bursă la Institutul de imunologie din Băle (Elveția), unde își pregătește doctoratul asupra unui ferment: beta-galactioza. În 1976 el lucrează, grație unei burse, cu Cesar Milstein asupra hibridației globulelor albe la Medical Research Council Laboratory of Molecular Biology din Cambridge (Anglia). El predă și lucrează actualmente la Institutul de imunologie din Băle, unde continuă lucrările asupra hibridoamelor. În 1980 a primit un premiu de la New York Medical Society, iar în 1981, împreună cu Milstein, împarte un premiu al renumitei Fundații americane Gairdner.



Dr. Cesar Milstein s-a născut la 8 octombrie 1927, la Bahia Blanca (Argentina) și este naturalizat cetățean britanic. A făcut studii la Facultatea din Buenos-Aires. Între 1952—1957 este atașat la Institutul de chimie biologică al Facultății de medicină din Buenos-Aires. În 1957 își ia doctoratul în științe chimice și apoi pleacă la Departamentul de biochimie de la Cambridge cu o bursă a lui British Council. Doctor în științe al Universității din Cambridge în 1960, se reîntoarce în Argentina, unde, între 1961—1963, conduce Departamentul de biologie moleculară din Buenos-Aires. El demisionează în 1963 și se reîntoarce la Cambridge, unde este numit șeful Departamentului proteinelor. În 1975 publică în revista „Nature”, cu G. Köhler, descoperirea fundamentală a hibridomului care îi aduce recunoașterea științifică.

1985. Doi americani tineri, cam de aceeași vîrstă — dr. Michael S. Brown și dr. Joseph L. Goldstein au primit Premiul Nobel pentru descoperirile lor asupra „controlului metabolismului colesterolului”, care deschid accesul spre un vast și fascinant teren de cercetări în domeniul produselor de ateroscleroză, identificînd ceea ce ei au numit receptorii „LDL-colesterol pe membranele celulelor”. Cei doi au făcut descoperirea că suprafețele celulelor au receptori (locuri de joncțiune) apti să-și absoarbă compușii colesterol-lipoproteinei care circulă în sînge. Ei au arătat că clearance-ul plasmatic a LDL depinde de un receptor specific situat la suprafața celulelor responsabile de încorporarea și catabolismul lipoproteinelor prin celule. Hipercolesterolemia este secundară funcționării proaste a acestor receptori. Cantitățile de colesterol rezultă că sînt îndreptate către alte căi metabolice, care sînt controlate greu și devin în mod potențial atrogene. Cei doi laureați au dat impuls biologiei celulare, modelul LDL fiind efectiv la baza tuturor cercetărilor.

Michael S. Brown, născut la 13 aprilie 1941 la New York, a studiat medicina la University of Pennsylvania, fiind medic stagiar la Spitalul general din Massachusetts și apoi cercetător la Institutul național al sănătății din Bethesda, iar din 1971 a lucrat la Dallas (Texas), la început ca profesor-asistent și profesor asociat iar din 1976 ca profesor titular, șef de catedră și director al Centrului de genetică.



Joseph L. Goldstein s-a născut la 14 aprilie 1940 într-un orașel din Carolina de Sud (S.U.A.) și a studiat medicina la Universitatea din Dallas — Texas. Între 1966 și 1968 a lucrat ca medic stagiar la Spitalul general din Massachusetts împreună cu Brown. Profesor asistent în 1972, apoi profesor asociat, în 1976 a fost numit profesor titular la Departamentul de genetică de la Universitatea din Dallas. Lucrînd cu elan împreună s-au completat reciproc, ajungînd prin rezultatele muncii la cel mai prestigios premiu internațional.

1986. Neurobioloaga italiancă Rita Levi-Montalcini și biochimistul american Stanley Cohen au primit Premiul Nobel pentru descoperirile lor „de o importanță fundamentală” în ceea ce privește „mecanismele care determină dezvoltarea celulelor și a țesuturilor”. Prin descoperirea factorilor de creștere nervoasă (N.G.F.) și respectiv a factorilor de creștere epidemică (E.G.F.) ei au putut arăta cum sînt dirijate creșterea și diferențierea celulelor. N.G.F. și E.G.F. sînt primii doi factori descoperiți și în mod structural specifici la o serie întreagă de substanțe mediatore, foarte eficiente, comparabile hormonilor care conduc aceste procese. Se înțelege, astfel, mai bine cauzele subdiacante a anumitor procese ca malformațiile, defectele genetice și modificările degenerative (ca demența senilă, boala Alzheimer, boala Parkinson, scleroza laterală amiotrofică, restaurarea defectuoasă a țesuturilor lezate) și, mai ales, modificările degenerative din bolile tumorale. Rita Levi-Montalcini în experiențele făcute a arătat că țesutul nervos se poate regenera și că celulele neoplazice secretă o substanță, factor de creștere nervoasă (N.G.F.), care impulsionează creșterea și dezvoltarea celulelor nervoase, senzoriale și simpatice.

E.G.F. a fost studiat în special de Stanley Cohen și de colaboratorii săi. Contrar factorului N.G.F., a cărui acțiune este de a favoriza creșterea și supraviețuirea anumitor neuroni, factorul E.G.F. pare a favoriza multiplicarea diferitelor tipuri celulare, a celulelor epiteliale, a mucoasei și a corneei. El stimulează creșterea și formarea de noi enzime, de alte albmine și dedublarea elementelor ereditare, ceea ce incită la diviziune celulară. Un important domeniu de aplicare viitoare a N.G.F. este posibilitatea de a accelera vindecarea leziuni-

lor nervilor, atât în domeniul sistemului periferic cât și în sistemul central. În ceea ce privește E.G.F., accelerează vindecarea leziunilor corneei și ale epidermei. Domeniul de aplicare este cicatrizarea arsurilor pielii și a mucoaselor consecutive operațiilor, astfel că are loc o vindecare mai rapidă a rănilor corneene pentru a reduce riscul cataractei. Transplantarea epidermică necesară, de exemplu, după arsuri grave și în tratamentul anumitor tumori este uzantă dacă se asociază și prezența de E.G.F.



Rita Levi-Montalcini s-a născut la 22 aprilie 1909 la Torino și este doctor în medicină din 1936. Inițial a lucrat în Italia iar din 1947 la Washington University din St. Louis (Missouri, S.U.A.). Este în același timp profesor de biologie și directorul Institutului de biologie celulară al Consiliului de Cercetare Națională din Roma.



Stanley Cohen s-a născut la 17 noiembrie 1922 la New York. A studiat biochimia la Universitatea Brooklyn din acest oraș, apoi medicina la Michigan. Între anii 1952 și 1961 a lucrat, împreună cu Rita Levi-Montalcini, la Departamentul de zoologie al Universității Washington din St. Louis (Missouri) iar din 1961 este profesor la Universitatea Wanderblitt din Nashville.

1987. A primit Premiul Nobel medical japonez Susumu Tonegawa pentru cercetările sale asupra „fundamentului genetic al unei mari varietăți de anticorpi”. Descoperirile lui au făcut să crească cunoștințele noastre asupra structurii apărării imunitare. El a putut arăta într-o serie de experiențe remarcabile cum anumite elemente ale masei genetice (ADN) pot să se transfere și să se regrupeze; în cursul dezvoltării fac să treacă celula embrio-

nară la stare de limfocit B producător de anticorpi. Se știe că animalele au capacitatea de a răspunde la prezența substanțelor străine, sau antigene, prin sinteza de anticorpi dirijați selectiv contra cauzelor antigenice. Sistemul imunitar este astfel practic capabil să fabrice anticorpi la orice antigen, oricât de mic.

Anticorpii sau imunoglobulinele sînt produși de o categorie de celule imunitare, limfocitele B. În cadrul teoriei propusă de Niels Yerne (Premiul Nobel, 1984), Yoshua Lederberg (Nobel, 1958) și F. Macfarlane Burnet (Nobel, 1960) era admis faptul că fiecare limfocit nu produce decît un singur tip de anticorpi.

Anticorpul este o proteină ale cărei constituante fundamentale — aminoacizii — formează în mod normal patru lanțuri. Două dintre ele (polipeptide) sînt lungi și identice, alte două sînt scurte. Ansamblul acestor patru lanțuri polipeptidice formează o moleculă simetrică, asemănătoare cu un Y.

La oameni există cinci tipuri diferite de lanțuri lungi, specificați prin literele M,D,G,A și E. Denumirea de lanțuri lungi a dat numele la cinci clase, denumite clase de imunoglobuline: IgM, IgD, IgG etc. Lanțurile scurte sînt repartizate în două tipuri: kapa și lambda. Fiecare moleculă posedă, independent de clasa căreia îi aparține, fie două lanțuri kapa, fie două lanțuri lambda.

Există la baza lui Y o parte constantă de aminoacizi care este identică cu toate corpurile aceleiași clase. În schimb, la vîrfurile celor două brațe ale lui Y compoziția aminoacizilor variază considerabil de la un anticorp la altul. Există în această parte variabilă trei zone foarte pronunțate, care constituie pereții unei pungi în care corpul străin este inclus și capturat. În mod obișnuit sînt confrunțați cu o mulțime de antigeni diferiți și trebuie să dispunem de o cantitate de anticorpi a cărei parte variabilă este adaptată la antigeni diferiți. Partea constantă a anticorpului asumă, de asemenea, importante funcții biologice. După ce un anticorp a fost legat la un antigen în suprafață, de exemplu un virus, molecula de anticorp se modifică astfel că în partea sa constantă activează importante părți ale sistemului de apărare contra infecțiilor de care corpul dispune. Sistemul complementar poate perfora bacteriile și alte microorganisme și contribuie ca macrofagele și leucocitele granulose să fie atrase pe linia de contact. Anticorpii sînt produși de limfocite B care pot fi de 10^{12} de celule la oameni. Dat fiindcă fiecare limfocit nu poate produce decît un singur anticorp, cantitatea de anticorpi diferiți nu poate depăși teoretic numărul limfocitelor.

Informația asupra caracterului clar pe care trebuie să-l aibă anticorpii se găsește în masa genetică a limfocitului B. Susumu Tonegawa a putut arăta în 1976 o reorganizare de gene de anticorpi în limfocite, precum și că informația genetică rezultă din juxtapunerea de două tipuri de segmente genetice, segmentul V și segmentul Y pentru joncțiune. Astfel apare ca printr-un proces de recombinare se ajunge la juxtapunerea unui număr infinit de elemente. Varietatea de anticorpi rezultă deci de la un mecanism combinator, implicînd un

număr restrâns de elemente genetice: cu 250 segmente V și 4 piese de joncțiune sînt posibile mii de combinații diferite. Reguliile jocului combinator pe care Tonegawa le-a descoperit studiind lanțurile ușoare de tip lambda la șoareci se arată a fi intrutotul generale. Pe baza lucrărilor sale, el însuși și alte echipe de cercetători caracterizează genele care codifica pentru lanțurile ușoare de tip kappa și pentru lanțurile grele. În acest caz sînt trei tipuri de segmente care participă la formarea părții variabile (segmentele V, D și Y). O analiză precisă trebuie să arate că pentru aceeași asociație de segmente este posibil a se obține secvențe diferite, rezultînd remanieri (mutații și variații) la nivelul sudurii segmentelor. Cîteva sute de elemente genetice permit să se fabrice mai multe sute de milioane de antigene diferite.

Descoperirile lui Tonegawa explică fundamentul genetic al enormei mulțimi de anticorpi și au dus la o mai amplă cunoaștere a sistemului imunitar. Ele pot fi aplicate la diferite tratamente imunologice pentru a întări efectele vaccinării, a împiedica respingerea în cazuri de transplant și, în ultimă instanță, la tratamentul așaziselor boli autoimune.



Dr. Susumu Tonegawa s-a născut la 5 septembrie 1939 la Nagoja (Japonia). După absolvirea studiilor secundare la Tokyo, studiază chimia biologică și lucrează la Institutul de virologie din 1963. Remarcat de profesorii săi, el primește o bursă Fulbright pentru a continua studiile în S.U.A., unde, în 1968, își ia doctoratul cu o teză asupra reglării transcripției genetice în sistemul bacteriofagilor. Se decide să lucreze în special în sistemul eukariotelor în laboratorul doctorului Renato Dulbecco (Premiului Nobel, 1975) de la Salk Institute. În 1971 vine în Elveția și lucrează la Institutul de cercetări imunologice de la Bâle, sub direcția lui Yerne (Premiul Nobel, 1984), pînă în 1981. Din acest an profesorul Susumu Tonegawa face parte din echipa de cercetători de la Institutul de tehnologie din Massachusetts. A scris în 1976 studiul intitulat „Principiul genetic pentru generarea unei mari varietăți de anticorpi”, care începe să limpezească partea genetică a anticorpilor. În urmă cu patru ani Tonegawa a soluționat această problemă. O serie de savanți consideră că descoperirile sale vor facilita cercetările în vederea găsirii unui tratament pentru Sindromul de Imunodeficiență Dobîndită (SIDA).

Dr. Alexandru ȘTRENC

PREMIUL NOBEL PENTRU MEDICINĂ 1988

Premiul Nobel pentru medicină pe anul 1988 a fost acordat americanilor Gertrude Elion, în vîrstă de 70 de ani, cercetător chimist, profesor de farmacologie, și dr. George H. Hitchings, de 83 de ani, ambii de la Laboratoarele de cercetări din Research Triangle Park, Carolina de Nord, ale Companiei farmaceutice Burroughs Wellcome, și cercetătorului englez Sir James Black, de 64 de ani, de la King's College School of Medicine and Dentistry din Marea Britanie.

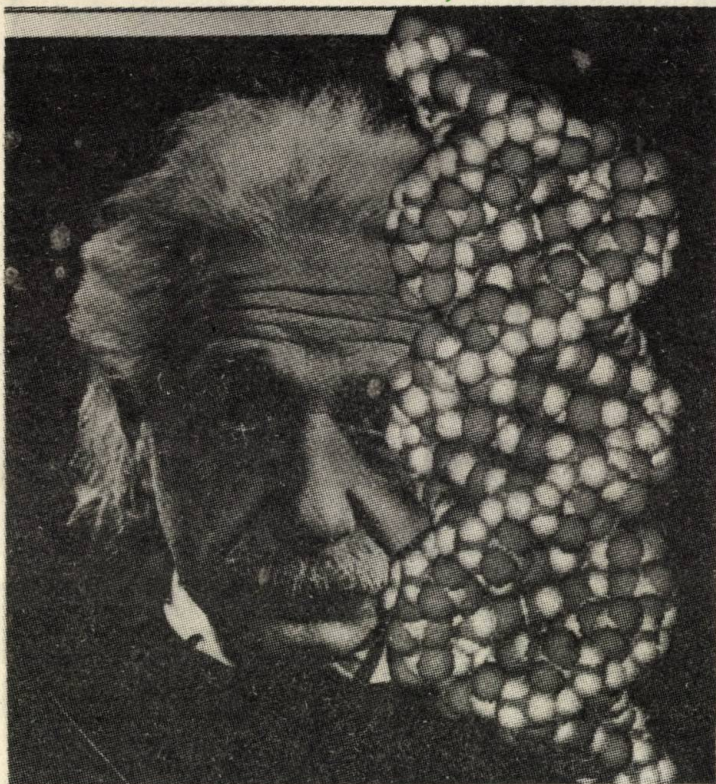
De menționat că este pentru prima oară cînd, rupînd tradiția, Comitetul Nobel pentru medicină, de la Institutul Karolinska din Suedia, acordă prestigiosul premiu unor cercetători pentru descoperirea unor medicamente aflate de mult timp în circuitul comercial farmaceutic.

Cei doi cercetători americani, care lucrează împreună din anul 1945, au descoperit, la sfîrșitul anilor '40, că genele celulelor sănătoase prelucurează informațiile în mod diferit față de cele ale celulelor canceroase și ale protozoarelor, bacteriilor și virusurilor. Cunoșcînd aceste diferențe, ei au putut realiza medicamente noi, care au ca țintă cauza bolii, împiedicînd replicarea celulelor bolnave sau a microorganismelor. Primul a fost 6-mercaptopurine, în 1951, folosit în leucemie. Apoi, azathioprine, care a fost mulți ani, singurul preparat împotriva reacției organelor transplantate. În 1977 au realizat acyclovir, primul medicament eficient în tratamentul infecțiilor herpetice. Ultimul preparat farmaceutic realizat, ca urmare a ideii celor doi cercetători, este azidotimidina, numit și AZT, care, deocamdată, este singurul medicament folosit împotriva SIDA.

În timp ce americanii și-au concentrat atenția „Jucînd în interiorul celulei”, Sir Black s-a folosit de blocarea receptorilor pentru mesagerii chimici care circula printre celule. În 1964 el a conceput primul medicament beta-blocant, utilizabil clinic, propranololul, folosit în bolile cardiace (tulburări de ritm, afecțiuni ale vaselor coronare), în hipertensiune. Propranololul acționează asupra receptorilor beta existenți la inimă, blocînd efectul stimulator al adrenalinii și noradrenalinii, ce se revarsă în exces în suprasolicitare fizică sau nervoasă, ca, de pildă, în stres. De remarcat că medicamentul nu împiedică eliminarea de adrenalină, ci doar receptarea ei. Receptorii sînt zone specifice la care medicamentele și substanțele naturale din organism se atasează pentru a-și produce efectele. Un fiziolog, membru al Comitetului Nobel pentru medicină, aprecia că de la descoperirea digitalei acum 200 de ani, propranololul reprezintă cea mai mare realizare a unui produs farmaceutic pentru tratarea bolilor cardiace. În 1972, Sir James Black a descoperit și un grup de receptori histaminici, ceea ce a dus la elaborarea unui alt medicament, cimetidina, care blochează acești receptori, fiind folosit în tratamentul ulcerului peptic.

Ceremonia de înminare a premiilor a avut loc la data de 10 decembrie 1988. Premiul, în valoare de aproximativ 400 000 de dolari, va fi împărțit între cei trei laureați.

MEDICINA LA PORȚILE VIITORULUI



UN CREIER DE REZERVĂ

Ideea separării capului de restul corpului amintește de experiențele de fiziologie ale savantului român acad. prof. Grigore Benetato efectuate pe ciini, cunoscute sub numele de „circulație încrucișată”, bazată pe tehnica „capului izolat”. În cadrul „circulației încrucișate” marile vase sanguine ale unei perechi de ciini erau astfel legate încât inima fiecăruia iriga creierul celuilalt. Ea se apropia ca idee de domeniul transplantului. Evident, nu era vorba de „transferul” unor organe, ci de o substituție de „servicii”, experiențele putând servi drept sursă de inspirație în domeniul transplantelor. Experimentul lui R. White, realizat pe maimuțe Rhesus, a fost descris pe larg într-un articol de către ziarista Oriana Fallaci. Profesorul White a repetat experiența, reușind să prelungească viața creierului maimuței zile întregi. Dr. White a afirmat următoarele: „Am putea să menținem în viață creierul lui Einstein și să-l facem să funcționeze normal”. Mai mult chiar, savantul susținea că „nu numai că putem transfera capul unui om pe umerii altuia, nu numai că putem menține un cap sau un

S-au scurs aproape două decenii de când lumea medicală și opinia publică mondială au fost pur și simplu șocate de o premieră științifică absolută. Profesorul Robert White, directorul secției de neurochirurgie de la Metropolitan General Hospital din Cleveland (S.U.A.) a dovedit printr-un experiment „dintre cele mai fascinante, înfricoșătoare și provocatoare sub aspect intelectual din câte s-au înregistrat vreodată” (după cum aprecia Alvin Toffler în „Șocol viitorului”) că creierul poate fi izolat de corp și poate fi menținut în viață.

creier în viață și în stare de funcționare, dar toate acestea pot fi realizate cu tehnica existentă”. Și mai departe: „De fapt japonezii vor fi primii. Eu nu vreau s-o fac pentru că n-am rezolvat încă dilema: „E bine sau nu?”

Dincolo de aprecierea posibilităților practice de a realiza ceea ce prof. White afirma cu atâta timp în urmă că este perfect posibil (și trebuie să ținem seama că lucrarea lui Toffler a apărut la New York în 1970), reținem dilema în fața căreia savantul s-a oprit: „E bine sau nu?” Într-adevăr, prof. White a avut dreptate atunci când a ezitat să meargă mai departe.

Reflectând asupra acestei chestiuni, orice om cu minte sănătoasă și simț moral se poate întreba: poate oare cineva să-și ia pe umerii săi responsabilitatea menținerii în viață a substratului material al unei rațiuni despărțită de trup? Nu ar însemna această dramă zguduitoare, fără precedent, a menținerii în sens ontologic a unei conștiințe torturate de ideea supraviețuirii în afara propriului corp? Și ne întrebăm: are oare vreunul dintre muritori dreptul să facă acest lucru?

Referitor la celălalt experiment considerat ca posibil a fi realizat de către prof. White - încercarea de a transplanta capul unui om pe umerii altuia: este adevărat, trăim într-o lume a tehnicii, într-o lume a pieselor de schimb dar nu ne putem opri de a ne întreba: putem proceda cu oamenii absolut într-o manieră asemănătoare celei în care ne comportăm față de roboți? Putem transplanta creierul unui om și odată cu el o conștiință - acel armonios univers rațional și afectiv care reflectă atât de particular și nuanțat lumea înconjurătoare și pe sine însăși - de pe un trup pe celălalt fără a nimici acel univers?

Iată câteva întrebări la care, cel puțin în prezent, cu greu s-ar încumeta cineva să răspundă. Asemenea întrebări nici măcar nu puteau fi formulate în secolul trecut, cînd marele fiziolog francez Claude Bernard, în lucrarea sa „Introduction à l'étude de la médecine expérimentale” (1865), definea principiile fundamentale ale cercetării științifice. S-ar părea, la prima vedere, că transplantul altor organe nu ar ridica alte probleme decît cele legate de aspectul imunologic care stă la baza compatibilității - problemă legată de realitatea fenomenului biologic natural de respingere a grefelor. Primele succese răsunătoare în domeniul transplantelor sînt, în mod inerent și pe drept, legate de numele ilustru al chirurgului Christian Barnard, care a reușit pentru prima oară în lume să realizeze ceea ce pînă la el era considerat un lucru aproape imposibil - transplantul inimii. Cu siguranță însă că nici el însuși nu a bănuțit, înainte de a aborda acest domeniu de excepție al medicinei moderne, ce dispute complicate de natură etică și juridică vor genera operațiile sale, legate de stabilirea criteriilor de alegere a persoanelor cu drept de supraviețuire în condițiile în care această șansă nu poate fi oferită decît uneia dintre mai multe persoane, de stabilirea și definirea cu exactitate a momentului biologic în care o persoană nu mai există și capacitatea ei juridică dispăre, de stabilirea persoanei cu drept de a-și da consimțămîntul pentru prelevarea organelor - grefe etc. Au trecut mulți ani de la primele încercări și transplantele nu mai miră pe nimeni.

DUPĂ ALTE COORDONATE

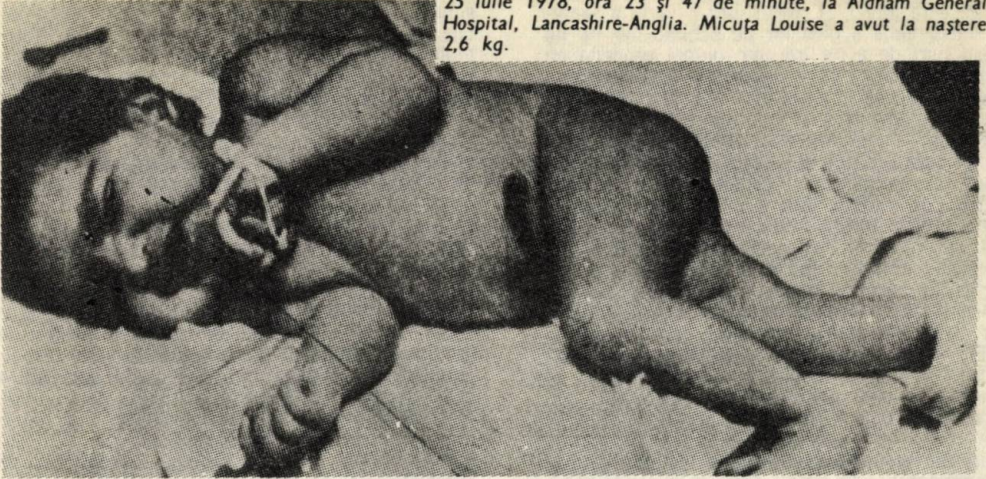
Noile procedee de investigație a corpului uman constituie o adevărată revoluție tehnică în slujba umanității. Aparatura medicală, cu microprocesor încorporat sau în asociație cu calculatorul electronic, nu mai reprezintă o curiozitate de ordin tehnic. Tomograful radiologic cu calculator sau computerul tomograf-scanner realizează „decupaje video” ale oricărui organ cu detalii de ordinul milimetrilor. Tomograful pe baza emisiei de pozitroni - rod al colaborării dintre fizica nucleară și informatică - permite vizualizarea funcționării unor organe, dintre care primul studiat a fost creierul. Tomograful cu rezonanță magnetică, scintigrafele, ecografele și termografele completează acest arsenal tehnic. Ordonațiile permit realizarea unor imagini tridimensionale ale organelor. Tehnica holografică promite utilizarea în medicină a imaginilor în relief realizate cu ajutorul laserului.

Videoendoscoapele sînt capabile să surprindă „în direct”, în imagini color, pe ecrane de televi-

ziune, aspecte ale organelor corpului omenesc. Microscoapele electronice sînt acționate direct, verbal, cu ajutorul calculatorului. Pastilele - sondă, adevărate „navete intestinale” teleghidabile, circulă prin organism transmițîndu-ne informații direct „de la fața locului”. Celulele vii, bacteriile, virusurile sînt cercetate cu instrumente din ce în ce mai eficace. Microscopia de contact cu raze X anunță o tehnică de mare viitor. Microscopul cu baleiaj, cu efect tunel, permite vizualizarea virusurilor. Autoanalizările cu zeci de canale au revoluționat tehnica de laborator. Aparat de tipul citofluorometrului sînt capabile să recunoască și să trieze, după criterii diferite citeva mii de celule pe secundă, transmițînd informații utile unui calculator conectat la un ecran TV. Putem depista astfel maladii ereditare, anemii, maladii de tipul SIDA, tumori etc. Laserul poate dizolva depozitele de calciu din membrele inferioare. Bisturiul cu ultrasunete, utilizat în chirurgie, realizează incizii calitativ superioare celor obținute cu ajutorul bisturiului pe bază de laser. Știința și tehnica zilelor noastre realizează organe artificiale, adevărate piese de schimb: inimă, rinichi, plămîni, pancreas, înlocuitori de eritrocite etc. Se pun la punct ochelari și bas-toane cu laser pentru nevăzători; inima bolnavă este protezată cu ajutorul unor dispozitive cunoscute sub numele de pacemaker; se creează membre artificiale funcționînd cu ajutorul biocurenților; se studiază posibilitatea perfecționării sistemelor de conexiune dintre inteligența naturală și cea artificială cu ajutorul microprocesoarelor. În paralel, chirurgia a înregistrat noi și importante progrese. Intervențiile pe arterele coronare, chirurgia valvulară, intervențiile în plin infarct acut de miocard, tratamentul cardiopatiilor congenitale, implantarea inimii artificiale și transplantul de cord nu mai reprezintă premiere în specialitatea chirurgiei cardio-vasculare. Astăzi operațiile de transplant sînt o realitate și nu mai miră pe nimeni. S-au stabilit deja criterii destul de precise în legătură cu momentul în care este permisă prelevarea grefelor și efectuarea operației de transfer de la donator la primitor. Media de viață a persoanelor operate a crescut simțitor. Se perfecționează tehnicile de recordare a nervilor. S-au realizat operații de transplant ale unor celule nervoase provenind din suprarenală în boala Parkinson.

Realitatea ne arată că odată cu succesele aplicării unor tehnici „de vîrf”, referindu-ne în special la domeniul biologiei și cel al medicinei, efectele impactului psihologic inițial pe care acestea îl produc se atenuează treptat și noile descoperiri intră în modul cel mai firesc în rîndul cuceririlor care constituie tezaurul patrimoniului progresului universal, demonstrînd o dată în plus valoarea inteligenței umane și suplețea deosebită a psihicului omenesc. În fața științei actuale se deschid orizonturi nebănuite. Medicina și biologia cunosc în mod continuu și într-un ritm nemaîntîlnit progrese dintre cele mai uimitoare. Odată cu asaltul Cosmosului, omul s-a angajat în descifrarea celor mai complicate taine ale lumii infinitezimale. Trăim deja într-o altă lume, după alte coordonate - cele ale viitorului. Ne-am reglat ceasurile atomice după cele mai discrete vibrații ale materiei. Nu mai putem avea aceleași idealuri ca în trecut. Năzuim să cucerim Cosmo-

Louise Brown este primul copil care a fost conceput în afara corpului uman. Fenomenul s-a produs in vitro la 10 noiembrie 1977, după care embrionul a fost implantat în uterul mamei. Nașterea, realizată prin cezariană, a avut loc la 25 iulie 1978, ora 23 și 47 de minute, la Aldham General Hospital, Lancashire-Anglia. Micuța Louise a avut la naștere 2,6 kg.



sul, iar aici pe Pământ năzuim să înfringem boala și bătrînețea. Sa putem oferi tuturor posibilitatea de a trăi în demnitate și pace. Cunoștințele în biologie și medicină au atins deja un stadiu care ne permite să batem cu mindrie și cu încredere la porțile viitorului.

DE LA COPII ÎN EPRUBETĂ LA MAME-SUBSTITUT

Se cunosc multe lucruri. Știm că la baza fiecărei specii se află un lanț molecular de ADN purtător al informației genetice - genomul. Experiențele pe insecte au arătat că anumite gene specifice controlează formarea diferitelor segmente ale corpului. Se presupune că și la om există asemenea gene. Domeniul este însă delicat. Genele sînt materiale deosebit de fragile. S-a dovedit în mod experimental că simpla atingere a unei gene, denumită de japonezi „fushu tara zu”, este fatală pentru ou. Cu ajutorul unor tehnici speciale s-au analizat anumite gene ale dezvoltării și s-a descoperit faptul că există o secvență comună de ADN alcătuită din 180 de molecule, care a primit numele de „cutie homeotică”, cu rol de reglare a altor gene. Această „cutie”, cu adevărat miraculoasă, reprezintă în fond un extraordinar mecanism biologic de reglaj, cu funcționare ireproșabilă, care, în mod cu totul uimitor (căci secvența de ADN de la insecte este identică cu cea de la moluște, șoareci, broaște și chiar om), a dat dovadă de perfecțiune, păstrindu-și stabilitatea genetică de-a lungul a 700 de milioane de ani de cînd vertebratele s-au separat pe scara evoluției de insecte. Dar odată cunoscute, genele pot fi și manipulate. Biotehnologiile aplicate în agricultură ne arată că există trei posibilități de manipulare genetică: la nivelul organismelor întregi, la nivel celular (inginerie celulară) și tehnologia ADN recombinat (inginerie genetică). Ingineria genetică oferă nebănuite posibilități de dirijare a eredității. Se practică o adevărată microchirurgie sau disecție a genelor și clonarea lor în alte organisme. Spre exemplu, se clonează unele fragmente de ADN de la oameni

sănătoși în genomul oamenilor suferinzi de anumite boli genetice ereditare. Se cunosc deja modificările la nivel molecular în anumite boli genetice, cum sînt anemia falciformă și fenilacetonuria. Pe baza cunoștințelor și tehnicilor actuale se speră în vindecarea unor boli grave prin terapia genică.

Recent o echipă pluridisciplinară, condusă de geneticianul dr. James Guesella de la Massachusetts General Hospital (Boston), a reușit o adevărată performanță: identificarea marcatorului genetic al Choreei lui Huntington - un segment



Făt în uter.

de ADN localizat pe cromozomul 4. Această descoperire îndreptățește formularea unor speranțe în legătură cu stabilirea predispozițiilor în alte boli ca hemofilia, miopatia, diabetul, obezitatea, hipertensiunea, maladia Alzheimer ș.a.

Se naște însă o întrebare firească: nu cumva împingând aria cercetărilor nesferat de departe, omul, fără să vrea, poate pune în primejdie însăși esența naturii sale, viitorul său pe Pământ? Pentru că, odată cu pătrunderea geneticii în practica medicală, odată cu primele rezultate de excepție, au apărut și nebanuite probleme de ordin etic.

În 1978, ca rezultat al unor mari eforturi de cercetare, s-a născut Louise Brown, primul copil conceput în eprubetă. Până în 1980 s-au mai înregistrat trei nașteri ale unor copii concepuți artificial. De atunci s-au mai semnalat multe cazuri. Iată însă că în revista „Magazin” din 27 iunie 1987 găsim o informație referitoare la un adevărat eveniment științific: franțuzaica Michele Denemey, în vîrstă de 31 de ani, a dat naștere la patru gemeni realizați în eprubetă. Era pentru a doua oară în lume (primul caz a fost semnalat în Australia, la Sidney) cînd se înregistrau cvadruplii concepuți „in vitro”. Deoarece nu încalcă nici un principiu moral, astăzi această metodă medicală este considerată ca oricare alta. Totuși, din cauza legislației, specialiștii americani au abortat-o cu intîrziere. Un aspect aparte al problemei îl constituie mamele-substitut. În 1983 geneticianul român Constantin Maximilian, autorul cărții „Speranțe pentru mai tîrziu”, își punea întrebări de felul acesta: Care sînt drepturile mamei biologice și ale celei adoptive? Are dreptul o femeie să devină mama unui copil care nu este biologic al ei? Ce se întîmplă dacă copilul moare sau este malformat? După numai 4 ani, același autor constata că în Statele Unite mamele-substitut au devenit o realitate. Contra unei sume de 30 000 de dolari (la data respectivă) ele se obligau să ducă sarcina la bun sfîrșit. Evident, există și riscuri legate de apariția unor malformații, de refuzul mamei adoptive de a înalpa copilul mamei biologice etc. Iată însă cum unele metode mai greu de acceptat la început intră cu timpul în practica curentă.

COPII UMANE?

Ideea total inacceptabilă a „opțiunii germinale” a fost lansată de H.I. Müller prin 1963. Conform acesteia s-a și imaginat un adevărat „program” de concepție a unor copii pe baza unor bănci de material germinativ, cu participarea unor laureați ai Premiului Nobel și a unor mame alese dintre femeile cu un coeficient remarcabil de inteligență. S-a și încercat punerea în practică a acestui program aspru criticat, care a eșuat. Iar în 1979, tot în S.U.A., un cercetător, transferînd într-un ovul uman nucleul unei celule din linia germinală, anunța lumii realizarea unui lucru incredibil: obținerea primei copii umane. Ovulul a evoluat normal, dar din considerente de ordin etic cercetătorul a întrerupt experiența. Această însă nu a împiedicat pe alți doi cercetători să întreprindă studii similare, pentru ca un an mai tîrziu să anunțe la Geneva realizarea clonării unui embrion de soarece și obținerea

unor pui-copii. Clonarea a devenit o realitate palpabilă. Și ca întotdeauna cînd geniul uman nu se poate opri în pragul unei descoperiri care se anunță a fi epocală, s-a emis la un moment dat chiar părerea că prima clonare a unui om a fost realizată. Un oarecare David Rorvik a scris o carte în care susține că a văzut un băiețel de un an și jumătate – copia fidelă a unui milionar american, care, în perspectiva unei morți iminente, a cerut unui grup de biologi să-l cloneze. Lăsînd la o parte aspectul cu totul senzațional al performanței, în cazul în care ea a fost realizată cu adevărat, sînt de reținut serioasele implicații de ordin etic și juridic pe care le-ar avea o asemenea realizare. În cazul în care omenirea ar recurge la o astfel de metodă, chiar numai în mod excepțional, în scopul păstrării în viață a unor genii din domeniul științei, tehnicii sau artelor, ne putem întreba ce statut social și juridic ar putea avea asemenea ființe, cine ar avea dreptul de a decide alegerea persoanelor cu drept de clonare, ce garanții s-ar putea da în privința prevenirii obținerii unor „serii” de ucigași de profesie etc. De aceea considerăm cu totul legitimă îngrijorarea pe care geneticianul român Constantin Maximilian o exprimă în legătură cu această problemă, într-o formulare cu totul remarcabilă: „Ne-am obișnuit (spune acesta) cu dreptul de a fi diferiți, un drept conferit de evoluție. Cîndva un grup de «privilegiați» va avea posibilitatea să-și asigure nemurirea. Nu este cumva un atentat la dreptul nostru de a fi unice?”

UN PUNCT DE REPER BIOETICA

Timpul și societatea rezolvă totul. Ceea ce trebuie reținut este faptul că progresele uluitoare ale științei și tehnicii actuale fac posibile descoperiri dintre cele mai neașteptate, care ridică probleme noi, cărora juristii, medicii, psihologii, sociologii, întreaga comunitate științifică și opinia publică internațională trebuie să le facă față. Și credem că așa se va întîmpla. Iată, era necesar să apară o nouă ramură a eticii. Și a apărut: **bioetica**.

De aceea credem că sîntem îndreptățiți să sperăm că omeniei de știință nu vor întreprinde sau vor fi opriți să întreprindă experiențe care să pună în primejdie stabilitatea noastră ca specie pe Pământ. Sperăm că Homo Sapiens se va dovedi a fi în viitor mai înțelept decît atunci cînd a experimentat prima armă atomică, că omul nu va decada niciodată pe scara biologică din mărirea înaltei sale demnități. Dorim ca succesele științifice să servească exclusiv omul și interesele umanității.

Sperăm, dorim și visăm acea clipă cînd acele acelui ceasornic simbolic, care pînă nu de mult marcau ultimele clipe pînă la declanșarea unui holocaust nuclear, să înregistreze o astfel de „numărătoare inversă” a momentului în care de pe Terra va porni în Cosmos o rachetă albă, ce va duce cu ea, alături de un nou mesaj despre oameni și despre coordonatele Pămîntului, și vestea că pe ceașta planetă albastră boala a fost înfrîntă, iar pericolul nimicirii a fost îndepărtat definitiv, că noi, oamenii, sîntem apți să dialogăm în modul cel mai pașnic cu alte posibile ființe raționale din Univers.

Dr. Aurelian CONDURACHE



SIDA, numele unei boli transmisibile ce stă tot mai mult în atenția oamenilor din întreaga lume, este sindromul imunodeficienței dobândite și reprezintă, de fapt, ultimul stadiu al infecției cu un virus, numit HIV, care atacă sistemul imunitar, de apărare, al organismului uman, lăsându-l, astfel, pradă bacteriilor, virusurilor, fungilor și cancerelor. Incubația (perioada scursă de la data infectării până la apariția primelor simptome) este lungă, durind ani de zile. În tot acest timp, deși persoana infectată nu prezintă semne de boală, poate transmite virusul, determinând extinderea epidemiei. Potrivit aprecierilor făcute de Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.), răspindirea ei este mai amenințătoare decât se aprecia cu doar câțiva ani în urmă. În afară de maladiile secundare scăderii răspunsului imun al organismului, O.M.S. semnalizează un set de simptome care pot sugera o infecție cu HIV: scăderea în greutate cu mai mult de 10 la sută, diaree care durează cel puțin o lună de zile fără o anume explicație și rebelă la orice tratament, precum și febră în toată această perioadă. Dintre persoanele infectate, între 10 și 30 la sută vor face SIDA, iar 20-25 la sută vor prezenta ARC, adică un complex de afecțiuni legate de SIDA. Deși se depun eforturi serioase în toată lumea, până în prezent nu există nici un tratament eficient, iar un vaccin încă nu a fost pus la punct.

La data de 1 septembrie 1988 erau raportate la O.M.S. un număr de 111 854 cazuri din 140 de țări. Pe continente situația era următoarea: Africa, 14 939 cazuri în 45 de țări; America, 80 994 cazuri în 40 de țări; Asia, 277 cazuri în 22 de țări; Europa, 14 610 cazuri în 28 de țări; Oceania, 1 034 cazuri în 5 țări. Țările cu cel mai mare număr de cazuri la data amintită sînt: Statele Unite (71 171), Franța (4 211), Uganda (4 006), Brazilia (2 956), R.F.G. (2 307), Italia (2 233), Kenya (2 097), Canada (1 809), Marea Britanie (1 669), Tanzania (1 608), Spania (1 471), Burundi (1 408), Haiti (1 377), Mexic (1 302), Congo (1 250). O.M.S., apreciază că aceste cifre nu reprezintă decât o parte din totalul cazurilor de SIDA existente în lume, acesta fiind estimat la peste 200 000. De asemenea, O.M.S. consideră că între 5 și 10 milioane de persoane sînt infectate cu HIV.

Pentru urmărirea și aprecierea ritmului extinderii epidemiei de SIDA, vă prezentăm numărul cazurilor înregistrate la O.M.S. la data de 10 mai 1988: 91 786 cazuri din 138 de țări. Pe continente, situația era următoarea: Africa, 10 873 de

cazuri în 42 de țări; America, 68 338 de cazuri în 42 de țări; Asia, 241 de cazuri în 22 de țări; Europa, 11 445 de cazuri în 28 de țări; Oceania, 889 de cazuri în 4 țări. Pînă la data amintită, 36 de țări au declarat că nu au înregistrat nici un caz de SIDA. Țările cu cel mai mare număr de cazuri erau: Statele Unite (59 491), Franța (3 073), Brazilia (2 956), Uganda (2 369), R.F.G. (1 973), Canada (1 775), Italia (1 619), Tanzania (1 608), Marea Britanie (1 429), Mexic (1 302) și Congo (1 250).

O.M.S. a lansat încă din 1987 un Program mondial de luptă împotriva SIDA. La acest program colaborează un număr de 143 de state. Peste 90 de țări și-au stabilit planuri pe termen scurt (6-12 luni) și aproape 30 planuri pe termen lung (3-5 ani). Comitete naționale de luptă împotriva SIDA au fost create în mai mult de 150 de țări.

Obiectivele Programului mondial de luptă împotriva SIDA sînt următoarele: prevenirea transmiterii virusului SIDA; preocupări față de persoanele deja infectate cu HIV; unificarea eforturilor naționale și internaționale de luptă împotriva SIDA. Strategia Programului mondial de luptă împotriva SIDA a fost aprobată de Adunarea Mondială a Sănătății (mai 1987), Adunarea Generală a Națiunilor Unite (octombrie 1987) și de Reuniunea miniștrilor sănătății de la Londra (ianuarie 1988).

Programul mondial al O.M.S. de luptă împotriva SIDA prevede și o largă și permanentă colaborare cu institutele de cercetare, cu instituțiile Națiunilor Unite și cu organizațiile neguvernamentale. Totodată, a fost întreprinsă, în colaborare cu mijloacele mass-media, o informare de mare anvergură asupra activităților O.M.S. în lupta împotriva HIV.

Mai amintim că O.M.S. a stabilit ca ziua de 1 decembrie să fie Ziua mondială privind SIDA. Directorul general al O.M.S. a spus la Reuniunea miniștrilor sănătății de la Londra că această zi va favoriza informarea și educația în lupta mondială împotriva acestei boli. El a mai cerut reuniunii ca anul 1988 să fie declarat Anul informării despre SIDA.

Zilnic, agențiile de presă transmit știri despre această boală. Revistele și ziarele din toată lumea țin trează atenția publicului prezentînd mijloacele de prevenire a infectării, și semnalînd noutățile privind SIDA. Publicațiile științifice de valoare cercetări sau descoperiri din acest domeniu, aflat la ordinea zilei, eforturile considerabile

ce se depun pentru realizarea unui medicament sau a unui vaccin. Totodată, unele date sînt confirmate de cercetări de ultimă oră, în timp ce afirmații făcute în pripă sau fără acoperire științifică sînt combătute, în scopul stabilirii adevărului și a unei informări corecte. Tot mai multe articole din țările în care boala a căpătat un caracter epidemic se referă acum la consecințele sociale, economice, și culturale ale SIDA.

Din dorința de a vă ține la curent cu ce e nou în legătură cu sindromul de imunodeficiență dobîndită, am selectat, separat de informațiile prezentate cu regularitate în revista *Sănătatea*, doar cîteva dintre știrile pe care le-am considerat mai importante sau care infirmă unele informații eronate.

CUM SE TRANSMITE BOALA

Dr. Jonathan Mann, directorul Programului mondial al O.M.S. de luptă împotriva SIDA, făcea cunoscute în *Santé du monde*, din luna martie 1988, cele trei căi de transmitere a virusului: transmiterea pe cale sexuală de la o persoană infectată la una sănătoasă (de la un bărbat infectat la o femeie, de la o femeie infectată la un bărbat și de la un bărbat infectat la un altul); propagarea virusului prin contactul cu sînge infectat (prin transfuzii cu sînge infectat, prin utilizarea comună de către toxicomani a acelor și seringilor contaminate, prin utilizarea acelor, seringilor sau a altor instrumente medicale sau paramedicale ce perforază pielea, fără dezinfectare prealabilă); transmiterea virusului de la o mamă infectată la copilul său înainte, în timpul sau la puțin timp după naștere. Deci SIDA se transmite prin acte umane, specifice și identificate, ce pot fi controlate, prevenind propagarea HIV. În continuare, dr. Mann afirmă: „Este foarte important de subliniat că virusul SIDA nu poate fi transmis prin alimente sau apă; nu se propagă prin insecte sau scaunele toaletelor; în piscine sau prin atingerea receptoarelor telefonice; nu se transmite nici prin stringeri de mîină, îmbrățișări, tuse sau strănut. Și, încă mai important, nu există nici o probă, nicăieri în lume, că se poate transmite prin simple contacte în școli sau la locurile de muncă. Infectarea cu virusul SIDA și propagarea lui sînt controlabile pentru că răs-pîndirea virusului este o consecință a unui comportament uman voluntar”.

LANSAREA UNEI ȘTIRI FALSE

Cu toate că aceste căi sînt bine cunoscute, apar adesea, chiar și în presa noastră, știri false precum că virusul s-ar transmite și prin contactul pielii cu anumite secreții corporale ale persoanei infectate (care pot fi saliva, transpirația etc.), prin sărut sau prin țîntări.

În momentul de față este bine cunoscut modul în care a apărut zvonul trăsmiterii SIDA prin insecte și în special prin țîntări. Istoria, prezentată pe larg în publicația *The Atlantic Monthly* din septembrie 1987, este interesantă și îi vom acorda atenția cuvenită.

În 1983, cînd încă nu se cunoștea virusul, Deborah Altschuler, director executiv al National Pediculosis Association (un serviciu de informații pentru părinți privind combaterea păduchilor de cap - *Pediculus capitis* - la elevi intrucît se

apreciază că 5 la sută din copiii ce frecventează școlile generale din Statele Unite au acești para-ziți), citind în „The Boston Globe” că a apărut o nouă boală cu posibilă transmitere sexuală, a telefonat la Center for Disease Control (CDC), Centrul de control a imbolnăvirilor din S.U.A. lansînd ipoteza trăsmiterii SIDA prin „Phtirius pubis” (numit popular păduchele lat). Apoi a telefonat și entomologului medical Andrew Spielman, de la Harvard University's School of Public Health, comunicîndu-i că „instinctul” îi spune că școlarii cu SIDA și care au păduchi de cap nu pun probleme de transmitere a bolii și celorlalți copii, dar ar vrea să știe mai multe pentru a avea argumente cu care să liniștească părinții.

Fără a intra în alte amănunte, aceste două telefoane au declanșat o cercetare foarte serioasă făcută de entomologi (specialiști care se ocupă cu studiul insectelor) și de arbovirologi (specialiști care cercetează bolile provocate de virușii ai căror vectori sînt artropodele; numele vine de la „artropod - borne - virus”). Pînă acum au fost identificați 500 de arboviruși dintre care 100 sînt asociați cu boli ale ființei umane. Dintre maladiile datorate virusurilor transmise prin țîntări, cele mai grave sînt denga și febra galbenă.

Publicul american nu era la curent și nici interesat de problema bolilor transmise prin insecte. Dar starea de urgență și de neliniște datorate unei noi și misterioase boli originară din Africa și, în general, din zonele tropicale, l-a făcut să se gîndească la această posibilitate. Distrugerea umanității de către insecte era deja o temă familiară romanelor și filmelor de science-fiction, constituind un coșmar pentru mulți cetățeni.

Unii epidemiologi au comparat mușcătura unei insecte cu înțepătura unui ac care poate transmite virusul de la o persoană la alta, mai ales că în zonele tropicale insectele se îngrămădesc pe pielea plină de plăgi a persoanelor malnutrite sau cu sistemul imunitar compromis. Specialiștilor amintiți li s-au adăugat bacteriologi, epidemiologi ș.a. de la cele mai prestigioase institute de cercetări din lume. A fost studiată posibilitatea trăsmiterii HIV prin căpușe, ploșnițe, gîdaci negri, furnici și, bineînțeles, prin țîntări.

Studiul insectelor a atras atenția și unui grup de cercetători francezi de la Institutul Pasteur din Paris, condus de Jean-Claude Chermann. Ei au descoperit, în condiții de laborator, în culturi, că secvențe genetice ale virusului SIDA pot fi regăsite în genomul celulelor de insecte, și că ele persistă în această formă o perioadă de timp, fără, însă, a exista nici o dovadă a replicării virale, ceea ce ar fi fost esențial în trăsmiterea biologică a virusului. Această informație a fost considerată ca „fascinantă”; e adevărat că virusul se integrează în celulele insectelor, dar nu se multiplică; oare ce inhibitori împiedică dezvoltarea lor, substanțe care ar putea fi importante în dezvoltarea terapiei medicamentoase sau chiar a vaccinurilor?

Francezii din grupul amintit au colectat insecte din Africa și din Paris. În urma unui proces numit „hibridizare”, au descoperit la unele insecte din Africa secvențe de gene omoloage cu cele ale HIV, dar nu și la ploșnițele de la Paris. Insectele africane cercetate au fost țîntări, furnici, ploșnițe, căpușe, muște tse-tse (cele care, după cum se știe trăsmit boala somnului) etc.

Doar materialul genetic al muștelor tse-tse, căpușelor și gîndacilor negri prezenta secvențe omoloage cu cele ale HIV. Cercetătorii francezi nu au făcut mare caz de descoperirile lor, mai ales că mulți oameni de știință au considerat exagerată semnificația lor. S-a spus doar că nu trebuie abandonată ideea posibilității transmiterii SIDA pe această cale și constituirea, în timp, a unui rezervor natural al virusului, deși datele epidemiologice nu confirmau această teză. Povestea a ajuns la urechile presei, care a relatat-o publicului. Astfel *Le Point*, o cunoscută revistă franceză, a făcut în grabă o prezentare a studiului, în care a fost strecurată informația incorectă că rezultatele hibridizării au fost pozitive pentru țîntări. Spre a-l da articolului un aspect cit mai științific, au publicat și o fotografie a țîntarului, făcută la microscopul electronic, în care se vedeau detalii cu aspecte foarte sinistre. Eroarea a fost preluată de ziarele din lumea întreagă. Pentru cei de la *Le Point* nu mai avea nici o importanță că oamenii, interesați de transmiterea HIV de către insecte-vecitori, erau înșelați în privința țîntarilor. Cercetările au continuat și continuă și în momentul de față pentru eliminarea oricărei surprize.

SIDA ȘI ȚÎNTĂRII: ADEVĂRUL

Articolul „AIDS and Insects”, publicat în *Science* din 24 iulie 1987, ne oferă amănunte în legătură cu cele două căi de transmitere ale virusului de către o insectă: biologică și fizică.

Prin cea biologică, virusul, care este ingerat de insectă odată cu singele infectat, se replică în noua gazdă și ajunge în glandele ei salivare. Se știe că țîntarul secretă salivă care conține o anumită substanță, ce împiedică coagularea, în timp ce sugă singele unei persoane. Așa sînt transmiși virușii febrei galbene și ai dengăi, dar nu există nici o probă care să sugereze că virusul SIDA s-ar replica în interiorul insectelor. Deci, transmiterea biologică a SIDA este imposibilă.

În privința transmiterii fizice a HIV, teoretic ar fi posibilă cînd un țîntar, ce se hrănește de la o gazdă infectată, își întrerupe suptul și zboară pe o altă persoană, injectînd în micuțul orificiu urmele de singe pe care le-ar avea pe acul său. Charles Bailey, un entomolog de la U.S. Army Medical Research Institute of Infectious Disease din Fort Detrick, Maryland, face un calcul foarte precis, în același articol din revista *Science*. Să presupunem că o persoană infectată cu HIV, care prezintă o concentrație de 1.000 de unități de viruși liberi pe mililitrul de singe, este înțepată de un țîntar. Dacă acesta este întrerupt în timpul suptului, și se duce imediat pe o altă persoană, el transportă 0,000000001 ml de singe infectat. Posibilitatea de a inocula un singur virus la noua gazdă este de 1 la 10 milioane. Și chiar dacă ar ajunge acel unic virus pe pielea unei ființe, este la fel de greu de presupus că va fi capabil să găsească cea mai scurtă cale către limfocitele T-helper, să pătrundă într-una din ele s.a.m.d.

TEST PENTRU NUMĂRUL CELULELOR INFECTATE

Numărul celulelor albe infectate cu HIV crește

considerabil în anul care precede apariția SIDA, putîndu-se astfel aplica tratamentul cu mult timp înainte de manifestarea propriu zisă a bolii. Pentru că analiza existentă prin care se poate stabili creșterea numărului de celule infectate ia mult timp pentru a fi folosită în mod curent, se încearcă punerea la punct a unui test mai simplu, cu ajutorul cărui se va putea prevedea momentul cînd o persoană infectată va face SIDA. Dr. Janet Nicholson, șeful laboratorului de imunologie clinică de la CDC, din Atlanta, Georgia, a prezentat această descoperire la reuniunea științifică anuală, din 1988, a Federației societăților americane de biologie experimentală. Dr. Nicholson, împreună cu colegii ei, au testat timp de trei ani celulele singelui unui lot de oameni infectați cu HIV, care prezentau limfoame (o mărire în volum a ganglionilor limfatici), dar care nu sufereau de SIDA.

Dr. Paul Volberding, directorul Programului SIDA de la San Francisco General Hospital, apreciază că acest test va ajuta medicii în stabilirea perioadei cînd pot fi administrate fără riscuri, dar cu beneficii maxime, medicamente care au efecte secundare toxice.

UN MEDICAMENT CARE BLOCHEAZĂ VIRUSUL

Un medicament experimental, încă neaprobabil oficial ca tratament eficient, a devenit deja popular printre victimele sindromului de imunodeficiență dobîndită. Numit dextran sulfat, face obiectul cercetărilor întreprinse de Hiroaki Mitsuya, dr. Samuel Broder și alți oameni de știință de la National Cancer Institute (NCI) din Bethesda, Maryland.

Intensificarea interesului pentru dextran sulfat face ca el să fie considerat o „înalță prioritate” în studiul privind tratarea pacienților în centrele federale anti-SIDA. Dr. Samuel Broder îl numește „medicament foarte interesant”, dar este împotriva unui optimism prematur spunînd că sînt necesare observații suplimentare.

Într-un studiu recent, publicat în revista *Science*, cercetătorii au prezentat posibilitatea HIV de a infecta limfocitele T în prezența dextran sulfatului. Primele rezultate atestă că medicamentul protejează limfocitele împotriva HIV și, totodată, previne infectarea altor celule, care se află în apropierea celor deja atacate de virus. De altfel, se consideră că această „fuziune”, această contopire a celulelor infectate cu cele normale este una dintre căile majore prin care infecția cu HIV distruge sistemul imunitar. Într-un experiment separat, dextran sulfatul s-a dovedit capabil să blocheze proteinele virale care permit atașarea lor la proteina de pe suprafața limfocitelor T, adică tocmai primul pas în infectarea unei celule. Concluzia este că el are cel puțin cîteva mecanisme de acțiune, unul fiind inhibiția capacității virusului de a se fixa pe ținta lui, celulele T - ajutoare.

Deocamdată, cercetătorii încă nu sînt siguri dacă dextran sulfatul, o moleculă mare de hidrocarbonat, ce conține 20 la sută sulf, poate fi absorbită la nivelul mucoasei intestinale, pentru a ajunge în curentul sanguin într-o formă care să rămîină activă împotriva virusului.

Cu toate că cercetările încă nu sînt finalizate, medicamentul este unul dintre cele mai folosite

in tratamentele „ilegale” ale SIDA, mulți pacienți procurându-l, după cum se afirmă în *International Herald Tribune*, din Japonia.

CD-4, O CAPCANĂ PENTRU VIRUS

Oamenii de știință au descoperit o nouă tehnică: folosirea unei proteine celulare, care, cel puțin teoretic, va împiedica virusul SIDA să se fixeze și să pătrundă în ținta lui, celulele din sânge care asigură imunitatea organismului.

Este vorba de CD-4, o proteină care joacă un rol important în trecerea virusului de la o celulă la alta. Virusul se fixează pe această proteină, ca un prim pas al invadării celulelor. Cercetătorii au descoperit, în condiții de laborator, că fragmente izolate din această proteină atrag virusul, împiedicându-l să intre în celulele apropiate. Ei speră că atunci când CD-4 este administrat persoanelor infectate, proteina poate servi ca „momeală”, ademenind și absorbind virusurile la fel ca un burete, oprind răspîndirea lor la alte noi celule. Mai există posibilitatea să se asocieze proteinei un medicament care să distrugă virusul atras în această capcană.

Dr. Samuel Border, de la NCI, care conduce Programul de cercetare a tratamentelor împotriva acestei boli, declară recent că această descoperire este foarte tulburătoare și pasionantă și că toți membrii echipei sînt entuziasmați. Același entuziasm îl manifestă și dr. Anthony S. Fauci, directorul National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) din Bethesda, Maryland. „Dacă testele pe animale vor da rezultatele scontate, dacă vor fi sigure, lipsite de riscuri și încununate de succes - declară dr. Fauci - agenția federală CDC ne va da aprobarea pentru testarea pe oameni”.

„Proteina CD-4 atrage, incredibil de puternic, virusurile SIDA, în condiții de laborator”, afirma și Dr. Jerome Groopman, de la New England Deaconess Hospital (NEDH) din Boston, care a testat-o, în colaborare cu cercetătorii de la Genetech, o companie de biotehnologie din San Francisco.

Oamenii de știință de la Genetech Inc au relatat în publicația *Science* că au sintetizat CD-4 prin tehnicile manipularii genetice. Compania a declarat că, în laborator, CD-4 a prevenit infectarea a peste 99 la sută din celule, apreciind inhibiția HIV ca fiind impresionantă.

Testările pe animale vor fi decisive pentru viitorul acestui tratament. Dar, cu toate că oamenii de știință sînt optimiști, se apreciază că, chiar în cazul unor testări promițătoare, vor trece ani până cînd această terapie va putea fi extinsă la scară largă. În plus, există riscul unor efecte secundare neacceptabile, care în momentul de față sînt necunoscute.

În caz că metoda se va dovedi viabilă, ea tot nu va rezolva în întregime problema tratamentului, pentru că nu va elimina virusul în întregime ci doar va încetini sau opri progresia maladiei prin prevenirea atacării a noi celule. Pe lângă compania amintită, mai sînt încă patru care au reușit sinteza proteinei CD-4. Unul din aceste grupuri, Biogen din Cambridge, Massachusetts, a comunicat că rezultatele obținute sînt asemănătoare.

DEOCAMDATĂ, NICI O SPERANȚĂ ÎN PRIVINȚA VACCINURILOR

Lipsa de rezultate favorabile în experiențele făcute demonstrează că cercetarea pentru realizarea unui vaccin împotriva SIDA va fi mult mai dificilă decît își închipuiau oamenii de știință, și se accentuează convingerea că pînă la realizarea lui va mai trece încă mult timp. Studii recente au dezamăgit mulțimea de cercetători ce își canalizaseră eforturile către obținerea unui vaccin care să stopeze răspîndirea epidemiei acestei boli fatale: nici unul dintre vaccinurile experimentate nu este capabil să producă o imunitate sigură și durabilă față de virusul SIDA.

„Sînt piedici reale și sîntem conștienți că, pe măsură ce știm mai mult despre HIV, nici un program privind obținerea vaccinurilor nu este viabil” declară dr. Jerome Groopman, de la NEDH. Descurajarea este așa de mare, încît, îl determină pe dr. Malcom Martin, specialist în biologie moleculară la NIAID, unul dintre cei ce joacă un rol major în desfășurarea testării vaccinurilor experimentale pe voluntari, să afirme, în februarie 1988: „Avem o perspectivă foarte pesimistă cînd ne referim la vaccinuri. Nu este ușor să hotărîm ce avem de făcut în continuare și nici nu știm dacă vom avea vreodată un vaccin împotriva SIDA”.

Declarațiile, fie ele mai ponderate, fie mai pesimiste, sînt foarte departe de optimismul exprimat în 1984, cînd Margaret Heckler, secretarul, de atunci, pentru sănătate și servicii umane din Statele Unite, anunța că virusul SIDA a fost izolat și că vaccinul va fi livrabil pe piață în termen de doi ani de zile. Deși încă de la început oamenii de știință au fost nesiguri dacă un vaccin anti-SIDA este posibil, astăzi se susține că HIV a distrus toate regulile normale ale imunizării.

Cercetătorii au căutat un agent care să producă anticorpii necesari neutralizării HIV și care, de asemenea, să inducă imunitatea cu mediatie celulară, în care, un rol deosebit revine și celulelor NK (natural killer) ce atacă și distrug celulele infectate cu virus.

Încercările de realizare a unui vaccin au urmat mai multe direcții. Daniel Zagury de la Institutul Pierre et Marie Curie din Paris, împreună cu o echipă din Zair, a folosit o proteină sintetică, GP-160, identică cu cea de pe anvelopa virusului SIDA, prin care a sperat să obțină un răspuns imun. Proteina a fost atașată vaccinei, ce fusese întrebuințată cu ani în urmă la vaccinarea anti-variolică. Zagury și ceilalți membri ai grupului s-au vaccinat ei înșiși și, apoi, au inoculat mai mulți voluntari. În Statele Unite a fost utilizată aceeași peptidă de către unele institute, în timp ce altele, ca Oncogen, ce aparține Companiei Bristol Meyers, au folosit proteina GP-120, care, de asemenea, se află pe suprafața HIV.

„În mod clasic, cu porțiuni ale anvelopei virusului, ar fi trebuit să se obțină un răspuns imunitar” spunea dr. Anthony Fauci, directorul NIAID, responsabil și cu cercetarea federală a vaccinurilor. „Dar vaccinurile anti-SIDA nu au răspuns așteptărilor”.

Acum se fac noi încercări cu proteine din interiorul virusului. Încă nu a fost realizat un astfel de vaccin, dar, fiind o boală fără precedent, nu

este omisă nici o posibilitate.

Dr. Jonas Salk, cel care a făcut un vaccin antipoliomielitic, afirmă că virusii SIDA omoriți ar putea ajuta la inducerea unei imunități mediată celular și la formarea de anticorpi specifici. Dar experții susțin că această cale nu e sigură și nici lipsită de riscuri.

Obstacolul cel mai mare în experimentarea acestor candidați de vaccin este că HIV nu provoacă SIDA la nici un animal, inclusiv cimpanzeii (ci doar determină formarea de anticorpi), ceea ce duce la nesiguranta în aplicarea pe oameni a rezultatelor obținute fie și pe maimute.

După cum am mai amintit, un tratament încă nu există (cu excepția AZT, care, însă, nu vindecă SIDA, ci produce doar o ameliorare tranzitorie) iar realizarea unui vaccin nu se întrevide în viitorul apropiat. Singura cale de a nu ne infecta cu HIV este prevenirea prin măsurile luate de către fiecare persoană în parte, măsuri ce presupun evitarea căilor de transmitere a virusului. După cum afirma dr. Petre Ciobanu, director adjunct în Ministerul Sănătății (MS), inspector șef al Inspectoratului sanitar de stat central, vicepresedintele Comisiei de specialiști a MS pentru infecția cu HIV, „un anumit mod de viață, un climat moral sănătos, respectarea regulilor elementare de igienă, îngrijirile primare de sănătate nu sînt altceva decît ceea ce pot face toți pentru sănătate. Fiecare trebuie să înțeleagă că o profilaxie sigură nu se poate realiza fără participarea fiecărui cetățean, fără consolidarea sănătății familiei, fără respectarea normelor morale ale societății”.

Pentru documentarea tuturor medicilor din întreaga rețea a Ministerului Sănătății, prof. univ. dr. Ludovic Păun, șeful Clinicii de boli infecțioase și tropicale a Spitalului „Dr. V. Babeș” din București, a scris volumul „Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV)”.

În scopul informării publicului larg în legătură cu căile prin care se transmite boala, care sînt semnele în îmbolnăvire și mijloacele de prevenire, Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie a editat pliantul „SIDA – Sindromul de imunodeficiență dobîndită”, realizat în spiritul rezoluțiilor Seminarului internațional al societăților de Cruce Roșie din Europa răsăriteană, desfășurat la Varșovia în octombrie 1987 și ale Adunării Generale a Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie ce a avut loc la Rio de Janeiro în noiembrie 1987.

De asemenea, tot în cadrul programului de informare a populației din țara noastră, privind prevenirea infectării cu virusul ce provoacă sindromul de imunodeficiență dobîndită, Laboratorul de educație sanitară și istoria medicinei din Institutul de igienă și sănătate publică din București, a realizat pliantul „SOS – SIDA” în care sînt prezentate, pe lîngă celelalte aspecte, comportamentele care favorizează infectarea cu HIV și este accentuată necesitatea evitării lor pentru a ne proteja față de acest virus. În finalul acestui util și bine realizat material de educație sanitară se spune: „Paza bună trece primejdia rea”. Credem că aceste vorbe înțelepte pot fi o încheiere la fel de bună și pentru rîndurile noastre.

Lucian HUIBAN

cu dr. Grigore OSIPOV-SINEȘTI,
coordonatorul Centrului Metodologic,
de Parodontologie din București

— La 50 ani de la data la care ați conceput metoda dv. de tratament a parodontopatiilor, la Expoziția internațională Medicină '88 erau și produsele din gama Os-minerale, Ossidenta, Ossiremin. Ce reprezintă „metoda Osipov-Sinești” în circuitul de valori ale medicinei românești și universale?

— Contribuția noastră în domeniul parodontologiei, atît românești cît și universale, aduce o concepție într-un total originală, atît de interpretare și sistematizare cît și de rezolvare terapeutică a proceselor lezionale ca și a manifestărilor patologice respective, care apar și evoluează, printr-o multitudine de cauze, la nivelul structurii gingivo-alveolare, denumit parodont, afecțiuni care altădată se numeau — după epoca, autori și țări — pioree gingivală, pioree gingivo-alveolară, polialveoliză, desmodontoză, parodontită și parodontoză, parodontopatie etc., etc.

Astfel, concepția noastră, pe criteriile principiilor discernămîntului clinic, radiografic și biologic de interpretare și sistematizare, ca și pe principiile eclecticismului terapeutic, aplicînd fiecărei manifestări modalitatea sau metoda de tratament în strînsă corelație cu factorii cauzali ca și cu aspectele lezionale și de manifestare, se deosebește teoretic și practic, fundamental, de concepția clasică.

Chiar din începuturile activității noastre, prin observații studii și cercetări în acest domeniu, ne-am dat seama că partizanii clasiști nu se aflau pe drumul cel mai fericit în activitatea lor. Nu, deoarece priveau, studiau, analizau și discutau manifestările apărute la nivelul conformației gingivo-alveolare (parodont) într-un ansamblu patologic, fără a face unele deosebiri în pluralismul manifestărilor lor.

De aceea, cînd se punea problema asistenței lor, ei le aplicau modalități și metode de tratament — fie medicamentoase, fie fizioterapice, vaccinoterapice, chirurgicale și altele — la toate la fel, fără nici un discernămînt; de aceea astfel de tratamente, de multe ori, duceau la eșecuri și dezamăgiri.

Pe baza acestor observații, bănuind că fenomenele patologice trebuie să aibă și alte interpretări pentru ca prin acestea să poată fi remediate, pe cît posibil preventiv, precum și tratate cu eficiență fundamentată științific, ne-am orientat preocupările pe noi criterii de studii și cercetări a acestor probleme, cu deosebită incidență (cam 60—70% dintre persoanele aparent sănătoase).

— Ați debutat ca un foarte apreciat chirurg stomatolog.

— Ca urmare a acestor preocupări, deosebit de laborioase și cu multe riscuri în practica de aplicare, prin anii 1938 (cînd nu se opera

O CONCEPȚIE NOUĂ DESPRE PARODONTOLOGIE

în cavitatea bucală la adăpostul antibioticelor), am descoperit culoarul enigmaticelor succese. Dar și al insucceselor.

Eșecurile se datorau faptului că predecesorii noștri mai întâi nu făceau o diversificare a formelor de manifestare apărute la nivelul parodontului, apoi nepracticând o astfel de deosebire între aceste manifestări, după modul apariției lor, după modul lor de evoluție și după aspectele clinice și radiologice, le supuneau pe toate la aceleași modalități de tratament, chiar dintre cele mai sofisticate. De aceea, rezultatele în unele cazuri erau benefice, iar în altele, circa 15% la sută, se obțineau, cu toate eforturile și străduințele, eșecuri profesionale.

— Ca o alternativă de confruntare, în disputa „fierbințe” a acestor probleme, concepția dumneavoastră a reușit să aducă o clarificare atît în ceea ce privește interpretarea complexității polimorfe a manifestărilor patologice gingivo-alveolare, cît și în precizarea unor modalități de asistență științifice și eficiente prin noi și originale criterii?

— Prin concepția noastră leziunile și manifestările patologice gingivo-alveolare, parodontopatiile, au fost interpretate și sistematizate (în afară de cele tumorale, gingivale și osoase) pe principiul discernămintului anatomic-clinic și radiografic diversificate în parodontopatii simptomatice (înțelegînd prin acestea toate manifestările care apar și evoluează prin cauze evident cunoscute cum ar fi: gingivite sau gingivo-alveolite apărute prin lipsa de îngrijire a gurii și a dinților cu carii sau distrucțiuni, prin îndepărtarea sistematică a pietrei de pe dinți, prin unele intoxicații alimentare, accidentele profesionale, prin unele stări organice-febrile, diabetice, uremice și multe altele, cu acțiuni nocive asupra gingiilor și alveolelor dentare) și parodontopatii esențiale — maladia propriu zisă a parodontului — care se manifestă cu aspecte gingivite inflamatorii, sîngerînde, cu pungi pioreice subgingivale, cu halenă urît mirositoare, cu distanțări și mobilități dentare și altele.

Dar ceea ce face să se deosebească între ele aceste două categorii de parodontopatii este stabilit de aspectele constatate pe imaginile radiografice, imagini care condiționează în mod absolut o corectă și eficientă activitate anti-parodontopatică.

În parodontopatiile simptomatice, de orice cauze ar fi, aspectul septal al osului alveolar îl constatăm integru, apărînd știrbit sau lezat mai grav atunci cînd fenomenele provin din cauze acute sau brutale sau cînd dăinuie de multă vreme, neglijate ca asistență. În procesul lezional parodontopatic esențial imaginea radiografică a marginii osului alveolar apare cu aspect de estompare, de osteo-rarefație,

evolutivă, neprezentînd nici cea mai neînsemnată tendință de reacție din partea țesuturilor de vecinătate. Acest caracter este patognomonic numai parodontopatiei esențiale. Aceasta este, anatomo-patologic și radiografic, disbio-trofia gingivo-osteo-alveolară evolutivă, care caracterizează diferența între parodontopatiile simptomatice și cele esențiale, caracter lezional de care trebuie să ținem seama în mod absolut în practica parodontologică. După acest criteriu punem diagnosticul diferențiat și aplicăm asistența corespunzătoare în mod corect, diversificat.

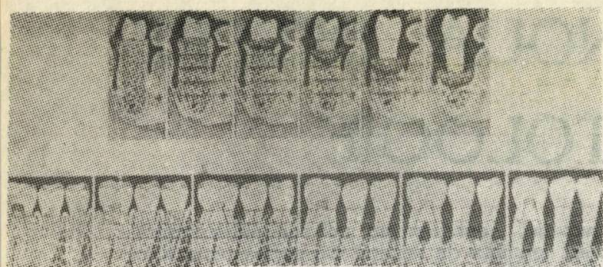
— Metoda dv. are la bază o concepție eclectică. În ce constă aceasta?

— Desigur, față de cele expuse mai sus, și modalitățile de tratament au fost sistematizate și aplicate, nu la întîmplare și fără o justificare a eficienței lor, ci pe criterii științifice bine fundamentate și demonstrabile prin diferite teste.

Modalitățile și metodele de tratament sînt aplicate pe criteriile principiului eclecticismului terapeutic, în strînsă corelație cu fiecare aspect parodontopatic, fie simptomatic, prin toate modalitățile care se practică în unitățile de asistență dentară cu deosebite succese, fie esențial, unde modalitățile de tratament simptomatice nedînd rezultate, din motivele expuse mai sus, această maladie este tratată numai prin metoda noastră operatorie pe bază de biostimulatori „OS-MINERALE” cu rezultate dintre cele mai satisfăcătoare.

— În ce constă deci tratamentul manifestărilor parodontopatice, după concepția dv.?

— Așa cum am arătat mai sus, în practica concepției noastre, în fața unui caz, înainte de orice tratament, trebuie să se stabilească diagnosticul pe criterii clinice (examenul parodontal, anamneză etc.), confruntate cu aspectele imaginilor radiografice. Dacă manifestarea parodontopatică este simptomatică, cunoscîndu-i-se deci bine cauzele, iar aspectul imaginilor radiografice nu ne arată o leziune septală a osului alveolar, din focarul respectiv, — atunci, după îndepărtarea factorului cauzal, se aplică modalitățile de tratament locale endo-bucale și odontale cunoscute în practica stomatologică. Dacă însă aspectele sînt cu manifestări gingivite, cu pungi cu secreție pioreică, cu halena caracteristică, urît mirositoare, cu eventuale deplasări sau mobilități dentare, — iar pe imaginile radiografice constatăm că osul alveolar se află în gravă degradare structurală disbiotrofică evolutivă (caracter arătat mai sus), atunci diagnosticul este categoric de parodontopatie esențială. Aceasta formă parodontopatică nu beneficiază de nenumăratele și variatele metode de tratament care vindecă spectacular aspectele simptomatice, deoarece procesul patognomonic disbio-



Stadii evolutive ale distrofiei parodontopatie

trofic evolutiv din focarele respective este rezistent acestor modalități de tratamente locale fiind necesar implantul de Os-minerale.

— **Mulți dintre stomatologi consideră că osul alveolar nu se poate regenera.**

— Da. Însă, deoarece există aspecte grave, care în lume sînt considerate incurabile, pentru a le trata și vindeca, am inventat și creat o metodă operatorie originală. Aceasta, după o prealabilă pregătire a pacientului, pe baza aplicării de implante biostimulatori „OS-MINERALE”, introduși, fără dureri sau riscuri, în septurile inter-alveolare, după îndepărtarea meticuloasă a țesuturilor supurative și osteitice disbiotrofice evolutive, tratează și vindecă această maladie în 90—95 la sută din cazuri. Cinci — zece la sută dintre cazuri nu beneficiază din cauza gravelor disfuncțiuni și stări patologice cronice ale organismelor respective, bolnave și de parodontopatie.

— **Cel mai valoros element al metodei dv. este deci implantul biostimulatorilor „OS-MINERALE”. Ce sînt aceștia și care este rolul lor?**

— Deoarece procesul lezional al parodontopatiei esențiale, așa cum ni-l arată foarte clar aspectul radiografic, constă într-o osteoliză evolutivă a osului alveolar (caracterul disbiotrofic evolutiv) și pentru ca această osteorarefacție să poată fi oprită în evoluția ei și apoi să se provoace fenomenele inverse celor patologice, adică fenomene biologice de remineralizare și recondensare a structurilor osoase în degradare — am căutat să descoperim o metodă originală prin care să putem aduce în focarele bolnave o masă minerală, nu numai din calciu ci complexă, cu toată gama oligo-mineralelor necesară structurii osului. Această descoperire reprezintă tehnologia de preparare și condiționare a implantelor biostimulatori „OS-MINERALE”, prin izolarea chimică a componentei multi-oligominerale, din structura osului bovin. Acești biostimulatori introduși prin focare de conducte cu freze în septurile inter-alveolare, au roluri biologice foarte importante: a) prin masa lor minerală aduc local un aport mineral complex, care prin asimilare, prin mutația și apozitia acestei mase în structura rarefiată a osului bolnav va favoriza recondensarea structurii osului și, indirect, refixarea dinților mobili. b) prin prezența lor în structura septurilor, ei stimulează, recondensarea osului în sensul unei spine incitatorii specifice remineralizante, și c) masa lor minerală, prin ioni Ca, K, P etc., respectiv, organic, va reechilibra distonia neuro-vegetativă și va stimula și redresa troficitatea orga-

nică atât generală cît și locală. Rezultatele obținute prin aplicarea acestei metode operatorii pe bază de biostimulatori „Os-Minerale”, pe mii de cazuri, în Centrul metodologic de parodontologie, confirmă cu prisosință valoarea și eficiența lor terapeutică.

— **Ce importanță au pentru tratamentul parodontopatiilor medicamentele aflate în producție la întreprinderea de medicamente București?**

— În asistența anti-parodontopatică avem realizate o serie de invenții brevetate pe baza cărora Centrala Industrii de Medicamente București a fabricat produsele respective necesare atât în activitatea noastră ca și în asistența generală. Aceste produse sînt:

1. Produsul „OS-MINERALE”, care este realizat prin izolarea componentei minerale din structura osului bovin, componentă minerală care este folosită la prepararea și fabricarea unor produse medicinal-farmacutice de mare importanță în asistența chirurgicală a parodontopatiei esențiale ca și a altor produse — gama Ossireminurilor.

2. Produsul implant — Biostimulatori „OS-MINERALE”, de proveniență bovină, în vederea folosirii obligatorii în asistența chirurgicală a manifestărilor parodontopatiei esențiale, cu scopul realizării unor fenomene biologice de remineralizare și recondensare a osului alveolar și restabilizare a elementelor dentare, precum și de stimulare și redresare a troficității organelor locale și generale, prin intervenția ionilor minerali în distonia dezechilibrantă neurovegetativă.

3. Produsele „OSSIDENTA”, apa de gură medicinală și pasta de dinți medicinală, care, prin elementele lor componente, favorizează, în igiena buco-dentară ca și-n asistența parodontopatiilor, acțiuni cu efecte dezinfectate, cauterizante, cicatrizante și dezodorizante dintre cele mai satisfăcătoare.

4. În curs de apariție în circuitul farmaceutic și economic se află fabricarea produsului OSSIREMIN, sub formă de comprimate și drajeuri, care, prin elementele lor componente — OS-MINERALE și vitaminele A, D₂, C și E, va ajuta organismele cu stări carentiale minerale și vitaminice în producerea de fenomene remineralizante, vitaminizante dintre cele mai binefăcătoare.

Cristian IONESCU



CE ESTE HOMEOPATIA?

Homeopatia este acea ramură din terapia medicală care acționează după principiul că o boală sau un sindrom (adică un mănunchi de simptome sau/și semne obiective) pot fi vindecate de o substanță care, dacă este administrată timp mai îndelungat în cantitate adecvată, este capabilă să inducă simptome asemănătoare cu cele pe care dorim să le vindecăm. Pentru obținerea efectelor terapeutice substanța respectivă se administrează în cantitate extrem de mică (infinitesimală).

Se consideră ca **dată de naștere** a homeopatiei anul 1810, când medicul german Samuel Hahnemann a publicat lucrarea „Organon der rationelle Heilkunde”. În realitate, cu mai mult de 2 000 de ani în urmă mari personalități ale antichității au formulat și ele principiul de bază al homeopatiei, și anume că ceva asemănător vindecă ceva asemănător. Astfel Hipocrate — părintele medicinei (anii 460—377 î.e.n.), scria: „...ceea ce produce durerea (usturimea și durerea la urinat) acolo unde nu este, suprimă durerea acolo unde este; și tusea este provocată și combătută de aceleași medicamente; și febra produsă de flegmăzie (în termen modern: congestie) dispare cu ajutorul mijloacelor care-i dau naștere. Cele mai multe boli își pot găsi remediul în însăși cauzele care le-au dat naștere”. Filozoful Democrit (secolul al V-lea î.e.n.) scria, la rîndul lui: „Cele asemănătoare acționează asupra asemănătoarelor lor...” „Helleborus produce efecte nebunii ale minții și le și vindecă”. Teofrast afirma și el principiul similitudinii cu patru secole înainte de era noastră... Și șirul continuă de-a lungul veacurilor. Astfel, Paracelsus (1493—1541) scria la rîndul lui: „Ceea ce provoacă galbenarea trebuie s-o vindecă. Medicamentul paraliziei trebuie ales dintre cele care o provoacă. Și — sîrind peste timp — foarte aproape de noi, Trousseau (1801—1867), autorul unui „Tratat de terapie”, rămas multă vreme clasic, a scris: „Analogia, această călăuză așa de sigură în terapie, duce la utilizarea belladonnei în tratamentul nebuliei tocmai pentru că belladonna produce o nebulie pasageră”.

Pentru homeopați un medicament este definit prin capacitatea substanței respective de a altera starea de sănătate a unor persoane; substanțele nu acționează ca remedii decît prin puterea de a provoca simptome particulare, aceasta fiind singura posibilitate de a-și revela capacitatea de medicament. Din moment ce statutul de medicament îl capătă o substanță numai după ce se cunoaște ce simptome este capabilă să determine (acelea fiind și cele pe care le poate vindeca), se înțelege că a rezultat necesitatea de a stabili pentru cît mai multe substanțe acest lucru. Trebuiau deci făcute experimentări pe voluntari care acceptau să li se administreze timp mai îndelungat fie substanțe ca atare, fie diluții din ele, atunci cînd erau cunoscute ca fiind toxice sau foarte neplăcute. Hahnemann a recurs la experimentarea pe el însuși a mai multe substanțe care pînă la el nu erau considerate medicamente. A făcut apel și la membrii familiei proprii și la prieteni. Astfel, pînă la sfîrșitul vieții a experimentat numeroase sub-

stanțe, în felul acesta născîndu-se **primele remedii homeopatice**.

Scopul experimentărilor pe oameni sănătoși (ceea ce homeopatii denumesc „patogenezi”) este de a **recolta totalitatea simptomelor** induse de o substanță la persoane sănătoase. Cînd, în cursul unei asemenea experimentări, sînt consemnate simptomele pe care ea le-a provocat, de fapt înseamnă că s-au consemnat manifestările mecanismelor de apărare ale organismului față de acea substanță și deci specifice pentru acea substanță, căci manifestările variază de la o substanță la alta. În mod analog, cînd notăm la un bolnav simptomele pe care le prezintă, înseamnă că se consemnează manifestările mecanismului de apărare proprii celui organism și specifice lui pentru acel moment. Sarcina medicului homeopat este să găsească, printre substanțele ale căror simptome au fost inventariate, pe cea care a provocat la persoane sănătoase aceleași simptome ca acelea pe care le prezintă pacientul de tratat. „Potrivirea” sau „suprapunerea” celor două „inventare de simptome” este echivalentul rezonanței din domeniul fizicii.

Este necesar să precizăm că patogeneziile (sau „proving-uri”, după termenul englezesc) reprezintă, în marea majoritate a cazurilor, administrarea prelungită a **doze mici** de substanță. Căci, dacă se utilizează doze mari efectele brutale provocate sînt de mică valoare pentru homeopați. La asemenea doze reacția este aproape uniformă: vărsături, diaree, convulsii — putînd ajunge chiar la comă. În schimb, dozele mici — chiar foarte mici, homeopatice — determina o gamă largă de simptome, variate de la individ la individ, mai ales în sferile mintală și emoțională. Așa s-a ajuns să se obțină patogeneziile care consemnează schimbări foarte subtile de comportament sau de relații pe plan psihic cu societatea și mediul (fobii, anxietăți, depresii, izolarii etc.).

Substanțele utilizate de către homeopați ca remedii provin din toate cele trei regnuri: mineral, animal și vegetal. Obținerea și prepararea lor este strict standardizată. Spre exemplu, pentru fiecare plantă este precizat dacă se utilizează întreaga ori numai florile sau rădăcina etc., ca și momentul recoltării (înainte, în timpul sau după înflorire).

Și după obținerea substanței de bază (pulbere — în cazul mineralelor, triturat sau veninuri — în cazul produselor de origine animală, macerat în alcool sau în alcool glicerinat — cînd este vorba de plante), se impune respectarea cu strictețe a unor reguli, din care **esențială** este cea a **sucsiunii**. S-a amintit mai sus că remediile homeopatice reprezintă de fapt niște diluții extrem de mari din substanțele utilizate. Dar ele au ceva în plus față de diluțiile obișnuite și anume că la fiecare treaptă de diluție se efectuează o agitație mecanică puternică, o zguduire repetată, realizată manual sau mecanic. Această operație este **obligatorie** și **definitorie** pentru medicamentul homeopatic. Fără ea ne aflăm în fața unei diluții simple și nu a unui medicament homeopatic. Nu este cazul să prezentăm aici teoriile explicative legate de ac-

ținea sucusiunii asupra amestecului: substanță activă solvent, dar trebuie reținută această caracteristică a modului de preparare farmaceutică.

Din cele scrise mai înainte se înțelege că din moment ce vorbim de o potrivire cit mai perfectă între simptomele bolnavului și cele din patogenезia unei substanțe, potrivire care trebuie să fie, cum se spune, „ca cheia și broasca”, se cere o rigurozitate foarte mare atât pentru a consemna simptomele induse în cadrul patogenезiilor cit și pentru a recolta simptomele de la pacient, căci o substanță nu va acționa decît dacă „este indicată”, indicație care rezultă dintr-o potrivire perfectă. (Am amintit mai sus de analogia cu fenomenul de rezonanță). De aceea dialogul cu pacientul este o verigă esențială și condiționează în mare parte reușita tratamentului homeopat. El se referă nu numai la suferințele actuale (cele pentru care consultă pacientul), ci și la:

- Orice șoc mental sau emoțional suferit de pacient în trecutul mai apropiat sau mai depărtat;
- Orice boală importantă avută;
- Orice tratament de mai mare amploare, în mod special medicamente tip cortizon, anticoncepționale, hormoni, tranchilizante și antibiotice în cantitate mare;
- Vaccinările și modul cum a reacționat pacientul față de ele.

Caci este o caracteristică esențială a homeopatiei să ia în considerare omul ca întreg, inclusiv cu tot trecutul lui patologic. Suferințele pentru care pacientul vine la consultație sînt privity ca un episod în cadrul „trajectoriei sale patologice”, ce se întinde pe toată durata vieții. Pe de altă parte, se urmărește, alături de înregistrarea tuturor simptomelor, și efectuarea unei ierarhizări a lor. Aceasta înseamnă acordarea unei ponderi mai mari simptomelor celor mai particulare, mai curioase, mai puțin obișnuite, caci ele reflectă **modul individual** de a reacționa al pacientului, ceea ce-l caracterizează și-l deosebește de alți pacienți (chiar suferinzi de aceeași boală).

O altă ierarhizare privește categoria de simp-

tome. Celor psihice și mentale li se acordă importanță maximă, urmează apoi simptomele zise „generale” (modul de a reacționa în totalitate față de unii factori cum sînt frigul, căldura, umiditatea ori dorințele față de unele alimente sau repulsi selectiv etc.). Urmează simptomele legate de sexualitate, cele legate de somn. La nivel încă mai jos se află simptomele zise locale (adică aferente unui organ sau altul) și, în sfîrșit, modificările anatomopatologice.

Se poate vedea că în judecata medicului homeopat intervine un număr considerabil de elemente, ce trebuie mai întîi identificate și cîntărite, apoi utilizate pentru o sinteză ce conduce la decizia terapeutică. Acest proces pretinde un mare efort intelectual, o mare capacitate de a pătrunde individualitatea pacientului și o mare cantitate de studiu. Tendința unor grăbiți „de a apuca pe scurtături” sau a pacienților înșiși, care cred că nu este indispensabilă o bază de pregătire medicală generală și că pot să-și administreze singuri tratamente după indicațiile sumare existente în unele formule terapeutice după eticheta diferitelor boli, se poate solda cu rezultate bune într-o proporție relativ modestă (de obicei în afecțiuni minore), dar și cu dezamăgiri, în contrast cu frumoasele rezultate obținute cu o strică individualizare și o studiere temeinică a fiecărui caz considerat ca un unicat. Acest lucru este adevărat mai ales în cazul bolilor cronice. În plus, pentru a identifica tocmai cea ce este mai propriu modului particular de a reacționa al fiecărui pacient, este necesar a recunoaște care dintre simptome aparțin tabloului obișnuit al bolii de care suferă bolnavul și care nu. Or, numai un medic poate să aprecieze acest lucru. De aceea se impune ca difuzarea homeopatiei ca metodă terapeutică să fie un proces bine controlat, asigurat de un corp de medici buni homeopați dar și buni alopați, capabili să aprecieze corect cînd este preferabil un tratament homeopat și cînd unul alopat.

Dr. Gheorghe BUNGEȚIANU

DE-A LUNGUL TIMPULUI

- Vechii babilonieni susțineau că singele arterial este „singe de zi”, pe cînd cel din vene este „singe de noapte”.
- Barbierii Evului Mediu erau autorizați prin lege să opereze abcese și hernii. În caz de nereușită, tot prin lege, li se aplica o singură pedeapsă: spinzura-toarea...
- În Europa, cel mai mare chirurg al secolului al XVI-lea a fost bărbierul francez Ambroise Paré, autorul trepanului cu coroană întrebunțat în chirurgia capului.
- În secolul al XVII-lea ceaiul trezește un mare interes printre europeni, datorită unii teze de doctorat, susținută la 1659, de medicul parizian Cresse, care-l considera un medicament aproape universal. Se vindea însă la prețuri exorbitante: dacă o livră de ciocolată era 6 franci, o livră de ceai costa 200 de franci.
- Primul local de baie publică — în stil european —, avînd 10 cabine cu apă caldă și rece, a fost inaugurat la București în aprilie 1825.
- Mare „cafegiu”, compozitorul german J.S. Bach a dedicat acestei băuturi o „Cantată a cafelei”.
- Cel mai periculos șarpe pentru om este Parameusia microlipidatus, din Australia. Veninul lui este de 300 de ori mai puternic decît acela al șarpelui cu clopoțel.
- Prima drogherie a apărut în București în primăvara anului 1828.

- Cu cel mai perfecționat echipament, omul nu poate rezista la o temperatură de minus 55 grade Celsius, decît numai cîteva ceasuri. Plisica, apelînd numai la blana proprie, rezistă și la minus 110 grade!
- În 1873, D. Mihalowski este primul dentist care se stabilește în București, profesînd într-o clădire „de la Foișorul de Foc, peste drum”.
- Medicul elvețian Lubich recomandă pacienților săi automobilisți consumul de afine negre, pentru îmbunătățirea vederii, mai ales pe timp de noapte.
- Recordul mondial la natalitate este deținut și astăzi de o țărăncă rusă care, între 1816 și 1872, a născut de 27 de ori, aducînd pe lume 69 de copii: de 16 ori cîte 2 gemeni, de 7 ori cîte 3 și de 4 ori cîte 4.
- Specialiștii au constatat că de la vîrsta de 20—25 de ani ni se distrug zilnic 300 000 de neuroni.
- Tînăra englezoaică Suzana Jones a parcurs fără nici o penalizare traseul unui dificil concurs de călărie de pe Wembley. Performanță deosebită, Suzana fiind nevătătoare din naștere.
- La 55 de ani, Brigitte Bardot este obsedată de gîndul inevitabilului sfîrșit. Iată ce declara unor ziarisți: „Ne străduim toată viața să avem grija de trupul nostru; apoi, într-o bună zi, el se prăbușește”.
- Acum trei ani, lumea Hollywood-ului a asistat la un proces cu un final ieșit din comun. Inculpatul — surprîns de poliție drogîndu-se — era cunoscutul Robert Evans, realizatorul al nu mai puțin cunoscutei pelicule „Love story”. Sentința a produs uimire: Robert Evans a fost condamnat la un an de... libertate, timp în care a avut obligația să realizeze cîteva pelicule împotriva drogurilor.

Aurel CODREANU

cu dr. Maria Antoaneta CIOCHIRCA,
șef de lucrări, I.M.F. București

— **Sindromul de „abdomen acut” este socotit o dramă abdominală, dată fiind evoluția sa, de obicei rapidă, și necesitatea intervenției chirurgicale, de predilecție în primele ore. Cum s-ar putea defini această stare de boală?**

— Numim de obicei, „abdomen acut” o stare patologică abdominală cu evoluție acută, care necesită o intervenție chirurgicală de urgență, stare care, în majoritatea cazurilor, este însoțită de durere abdominală intensă, prelungită, care nu cedează la tratament sedativ. Adesea durerea este aceea care orientează bolnavul spre cabinetul medical. Trebuie făcută însă diferența între durerea care apare în sindroamele de pseudo-abdomen acut, caracteristice altor afecțiuni, cum sînt: hepatita epidemică acută, colicile saturnine etc. Totodată trebuie reținut că în unele forme supracute de hemoragii interperitoneale sau digestive, gradul de urgență al intervenției chirurgicale de care depinde viața bolnavului este numai de cîteva minute.

— **Ce cauze pot determina producerea sindromului de „abdomen acut”?**

— Sindromul de „abdomen acut”, în funcție de apariția sa, poate fi clasificat în două grupe mari: cel de abdomen acut traumatic și cel de abdomen acut netraumatic. Primul apare în urma unui traumatism abdominal recent sau mai vechi (de exemplu, ruptura de splină în doi timpi), constituind abdomen acut traumatic. În urma traumatismului se produc plăgi, contuzii abdominale, fisuri sau rupturi de organe parenchimatoase (care pot genera hemoragii interne mari) sau de organe cavitare (care, prin eliberarea conținutului septic, declanșează peritonite foarte grave). Sindromul de abdomen acut netraumatic apare pe fondul unei stări de sănătate aparent bună sau al unei stări de suferință abdominală, el fiind determinat de afecțiuni ale organelor abdominale sau pelvine, care evoluează acut. La rîndul lor aceste boli pot fi clasificate în cinci mari categorii.

În prima categorie se înscriu boli care, prin evoluția lor acută, determină peritonite generalizate sau localizate. **Peritonita** este inflamația peritoneului, o membrana care învelește organele abdomino-pelvine, cu rol de apărare și secreție. Ea se manifestă cu durere abdominală sau generalizată, intensă, apărare musculară, contractura mușchilor peretelui abdominal, pareză intestinală, șoc toxico-septic, stare generală din ce în ce mai alterată, adesea febră. Afecțiunile care pot evolua cu peritonită sînt: ulcerul gastric și duodenal perforat, apendicitele acute perforate, perforațiile intestinale produse de alte cauze (diferiți corpi străini — ace, sticlă etc.), perforații ale colonului sau ale diverticulului Mackel (un rest al intestinului primitiv, asemănător apendicului).

O URGENȚĂ A URGENȚELOR

perforația vezicii biliare sau a trompelor uterine infectate.

În cea de a doua categorie de boli întîlnim dintre cele care determină **ocluzia intestinală** (oprirea tranzitului intestinal mecanic prin obstrucția lumenului intestinal: tumori, ghem de ascarizi — limbrici, calculi biliari); **ocluzia prin volvulus** (răsuciri ale intestinului), prin invaginare sau prin strangulare (herniile strangulate, eventrațiile strangulate). Caracteristice pentru evoluția cu ocluzie intestinală sînt semnele de șoc (hipovolemie și hemoconcentrația), semne care sînt cu atît mai grave cu cît ocluzia este mai înaltă. De asemenea, apar vărsături cu conținut alimentar, biliar, fecaloid, în funcție de evoluția bolii.

A treia categorie de boli sînt cele care evoluează cu hemoragii interne, cum sînt **hemoragiile digestive** (date de ulcerul gastric și duodenal, care erodează un vas) de **varicele esofagiene rupte** (frecvente la cei cu suferințe hepatice și cardiovasculare), în care apare hipertensiune pe vena portă, care le generează apariția, **ulcerațiile diverticulului Meckel sau ale unor tumori benigne intestinale** (polipi intestinali sau ai colonului, hemoragii date de tumori maligne exulcerate, hemoragii intraperitoneale, determinate de sarcina extrauterină ruptă). A patra categorie de boli se referă la **suferințele pancreatice sau vasculare abdominale**, care pot evolua cu sindromul de abdomen acut (pancreatite acute dau infarctul entero-mezenteric) iar a cincea categorie cuprinde **complicațiile postoperatorii** (peritonita acută postoperatorie, ocluziile postoperatorii, hemoragiile postoperatorii).

De obicei, toate cele cinci grupe de afecțiuni au ca simptome comune durerea, localizată într-un punct abdominal sau generalizată în tot abdomenul, starea generală proastă, adesea stări febrile.

— **Prin ce semne ar putea fi deosebite de alte afecțiuni, obligînd bolnavul să se prezinte la medic într-un timp cit mai scurt, sporind eficacitatea intervenției terapeutice și scurtînd timpul de vindecare?**

— Precocitatea diagnosticului de „abdomen acut” este deosebit de importantă atît pentru viața bolnavului, cît și pentru evoluția bolii. În diagnosticul și tratamentul abdomenului acut netraumatic (deoarece în cel traumatic, în prezența unei suferințe abdominale ce urmează traumatismului, medicul intervine imediat), trebuie avute în vedere trei mari categorii de factori: **boala de bază**, care, adesea, este o suferință veche, cunoscută de bolnav (ulcer, hepatită cronică, litiază biliară) sau uneori neprezentînd în timp o simptomatologie impresionantă rămîne necunoscută acestuia, care o tratează ca pe o indispoziție trecătoare; **complicațiile bolii de bază** (peritonita, ocluziile

hemoragiile); **starea de șoc** (produsă de șocul toxico-septic în peritonite, datorat impregnării toxico-septice a organismului prin revărsarea conținutului organului cavitat perforat în peritoneu, tabloul clinic putînd fi dominat de o stare generală foarte alterată și febră; **șocul din ocluzii** — șoc hipovolemic, caracterizat prin deshidratare, hemoconcentrație). Marele dezechilibru hidroelectrolitic este determinat de pierderile de lichide și săruri minerale prin vărsături; la el, ulterior, se adaugă un șoc toxico-septic, prin exacerbarea virulenței florei microbiene intestinale, care stagnează în spațiul ocluzat, tabloul clinic putînd fi dominat de: vărsături, durere, limbă și gură uscată, la care adaugă starea generală alterată progresiv, starea febrilă; **șocul hemoragic**, dominat de manifestări prompte din partea aparatului cardiovascular în funcție de gravitatea hemoragiei: puls foarte rapid, superficial, amețală, care poate merge pînă la leșin, mai ales în poziție orto-statică, tulburări de vedere apărute brusc, transpirații reci, anxietate, frică, creșterea ritmului respirator, durere.

— **Ce mecanisme fiziopatologice stau la baza semnelor amintite și care sînt rezolvările chirurgicale?**

— Mecanismele fiziopatologice ale semnelor de boală amintite sînt complexe și intricate. De aceea, vom schița doar cele caracteristice simptomelor majore: **durerea** (dată prin iritarea receptorilor din pereții organului bolnav, în ocluzie fiind intensificată de distensia din ce în ce mai mare a ansei de deasupra obstacolului); **vărsăturile**, datorate mișcărilor antiperistaltice determinate de obstacole în ocluzii, de mecanisme mai complexe în care este implicată și starea toxico-septică în peritonite. Mișcările antiperistaltice împing conținutul gastro-intestinal în sens invers drumului parcurs normal, eliminîndu-l prin cavitatea bucată. Conținutul vărsăturii (alimentar, biliar, hematic, fecaloid) dă un surplus de detaliu în legătură cu gravitatea și vechimea bolii; **manifestările cardio-respiratorii din șocul hemoragic** sînt expresia imposibilității de funcționare a cordului, într-un pat circulator golit prin hemoragie, hemoragia mare putînd duce chiar la stop cardiac.

— **Avînd în vedere gravitatea sindromului de „abdomen acut”, ce măsuri de igienă și profilaxie se impun?**

— Tratamentul bolilor de bază ce pot genera una din cauzele de abdomen acut descrise; regimul igienico-dietetic corespunzător cu evitarea supraincercărilor metabolice, excesele alimentare, de alcool și toxice (fumat), care stau la baza pancreatitelor, arteriosclerozei etc.; evitarea infecțiilor genitale vizînd mai ales sexul feminin, prin respectarea unei igiene individuale corespunzătoare și evitarea mijloacelor abortive, care, pe lîngă peritonite pot determina inflamații ale trompelor și anexelor uterine, urmate de îngustarea lumenului trompei și posibilitatea formării unei sarcini extrauterine prin imposibilitatea coborîrii oului în uter. Controlul medical periodic general este datorat fiecărui cetățean care dorește să aibă o stare de sănătate corespunzătoare.

Dr. George M. GHEORGHE

cu dr. Constantin GORGOS, medic primar de psihiatrie și sănătate publică, șeful Centrului de sănătate „Titan”

Printr-o coincidență fericită, almanahul nostru apare într-o perioadă în care Uniunea Societăților de Științe Medicale, Societatea de psihiatrie, Societatea de istoria medicinei și farmaciei, Comisia națională de psihiatrie sărbătoresc mai multe aniversări ale unor date care marchează înființarea și drumul parcurs de psihiatria românească: 150 de ani de la înființarea, la 11 decembrie 1838, a primului spital de psihiatrie — „Mărcuța” — din capitală; 95 de ani de învățămînt medical în această specialitate (la 1 octombrie 1893, prof. dr. Alexandru Șuțu a început predarea primului curs de psihiatrie); 125 de ani de la deschiderea Spitalului de neuropsihiatrie din Sibiu (în 1863); 65 de ani de la inaugurarea Spitalului „Dr. Gh. Marinescu” din București (23 August 1923); 55 de ani de la deschiderea primului dispensar de psihiatrie, care a dus la dezvoltarea ambulatorului în această ramură medicală (1933, dr. Gh. Preda, la Sibiu). Toate aceste aniversări, înmănunchate într-un singur jubileu, ce marchează, de fapt, o sărbătoare a psihiatriei românești, ne-au determinat să ne adresăm tovarășului doctor în medicină **Constantin GORGOS**, medic primar de psihiatrie și sănătate publică, șeful Centrului de sănătate mintală „Titan”, directorul Policlinicii universitare „Titan”, vicepreședintele Comisiei naționale de psihiatrie a Ministerului Sănătății. Este autorul a mai multe cărți, printre care: „Tratat de medicină socială” (împreună cu prof. dr. V. Coroiu), „Dimensiunile umane ale personalității”, „Vademecum în psihiatrie”, „Dicționar enciclopedic de psihiatrie” vol. I și II (din cele patru cîte va avea dicționarul în final).

— **Tovarășe dr. Gorgos, cum se prezintă psihiatria românească la această multiplă aniversare?**

— Este cunoscută ca una dintre școlile de psihiatrie de primă mărime din Europa, atît prin tradiție cît și prin generația actuală, ce este condusă de o personalitate de marcă — prof. univ. dr. Vasile Predescu, șeful școlii românești de psihiatrie, de al cărui nume se leagă formarea a peste 80 la sută din numărul de medici psihiatri din România, fapt ce îi conferă o poziție de cîrmă, alături de Șuțu, Marinescu, Obregia Parhon. Una dintre caracteristicile psihiatriei românești actuale este orientarea profilactică. În acest sens doresc să precizez că în 1971 a fost aprobat, de către Consiliul Sanitar Superior, Programul național privind apărarea și promovarea sănătății mintale a populației. Programul subliniază că „în contextul promovării sănătății mintale, asistența psihiatrică are ca obiectiv major studiul cauzelor și dinamicii tulburărilor și bolilor mintale în scopul de a le preveni și trata”. Printre altele, cuprinde și următoarele obiec-

DESPRE PSIHIATRI ȘI PSIHIATRIE

tive principale ale acțiunilor privind apararea și promovarea sănătății mintale a populației: dezvoltarea acțiunilor preventive în vederea înlăturării sau neutralizării factorilor de risc ai îmbolnăvirilor și tulburărilor psihice; îmbunătățirea depistării precoce a îmbolnăvirilor și tulburărilor psihice, mai ales la copii și tineri, în scopul prevenirii apariției formelor grave cu risc de pericolozitate sau de instalare a dependenței sociale; dezvoltarea și îmbunătățirea asistenței de psihiatrie, cu prioritate a celei ambulatorii, în vederea obținerii recuperării medicale precoce; îmbunătățirea activității de recuperare profesională și socială a bolnavilor psihici în vederea reinserției lor familiale și sociale. Putem spune că s-au făcut constante și importante eforturi de aplicare a Programului național de sănătate mintală, care au dus la îmbunătățirea și diversificarea asistenței psihiatrice.

— **Acum, la 150 de ani de psihiatrie românească, după o îndelungată experiență și tradiție, se pot desprinde multe învățăminte. Vă rugăm să vă referiți mai întâi la medicii psihiatri. Ce calități trebuie să aibă ei?**

— Trebuie să aibă toate calitățile medicului. În primul rând mă refer la o atitudine plină de umanism. După aceea înțeleg să mă refer la nivelul de pregătire profesională a medicului, respectiv la posibilitățile sale de orientare perfectă în medicina somatică. Poate pare ciudată această afirmație, dar nu poți eticheta ceva funcțional fără să elimini organicul. O cefalee poate fi expresia unei neurastenii, dar și un simptom al hipertensiunii sau al prezenței unei tumori; palpitațiile, atât de frecvente în psihiatrie, pot fi și modul de manifestare al unei tulburări cardiace existente. O altă calitate este aceea a unei arte sau, mai bine-zis, tehnici de discuție.

— **Să-i spunem „arta conversației”.**

— Sigur că da. Artă de a discuta cu bolnavul. Pentru că, forțând puțin nota, el se închide în sine. Psihiatria nu se poate face decât într-o comunicare verbală și nonverbală de o finețe care depășește limbajul obișnuit. Trebuie să se cunoască perfect condițiile de mediu, de viață ale celui examinat.

— **Obiceiurile, tradițiile...**

— Și obiceiurile și tradițiile. Numai așa înțelegem mai bine de ce în anumite reviste de specialitate din alte țări, când se anunță un loc vacant, una din condițiile ocupării celui post este ca medicul psihiatru să fi locuit 10 ani în zona respectivă.

— **Pentru a-i înțelege cit mai bine pe pacienți.**

— Da, să-i înțeleagă în contextul în care se desfășoară viața, cu bucuriile și dramele ei, în fine, o altă calitate — sigur, eu mă refer la psihiatru ideal...

— **Se înțelege de la sine.**

— ...o constituie faptul că el trebuie să nu fie pus în inferioritate de nivelul intelectual și

cultural al celui pe care-l examinează.

— **Deci i se cere un grad înalt de cultură.**

— De fapt o deschidere largă, pentru ca este obligat câteodată să facă față unor situații nebanuite. Ar mai fi gradul de înțelegere, de omenie ce trebuie manifestat față de bolnavul psihic, care este un mare suferind și, în același timp, posibilitatea de înțelegere a oricărei situații prezentată de subiect.

— **Ați făcut un „portret-robot” foarte frumos medicului psihiatru. Să trecem bariera de par-tea cealaltă. Spuneți-mi, vă rog, numărul suferințelor cu boli psihice a crescut? Care este situația lor, în lume și la noi?**

— Numărul de bolnavi psihici nu a crescut și nu s-a înregistrat nici o creștere a frecvenței acestor maladii. Cele grave, endogeniile, sînt la același nivel în toate țările lumii, indiferent că sînt situate la nord, la sud, la vest sau la est. De altfel, acestea sînt bolile a căror cauză încă nu o cunoaștem. Restul afecțiunilor, psihogeniile, pot apare ca fiind mai frecvente într-o țară sau alta, în funcție de modul cum sînt diagnosticate sau, mai bine-zis, „catalogate”.

— **Ce înțelegeți prin aceasta?**

— Mă refer la reacțiile de tip nevrotic, reacții care apar ca răspuns de moment la un stimul, la un stres. Dacă reacțiile (și marea majoritate așa sînt, reacții normale) sînt etichetate ca nevroze, atunci nevrozele sînt în creștere. Dar dacă se etichetează corect, drept nevroze, ceea ce este nevroza-boală, cu tot tabloul ei clinic, cu toată evoluția ei, atunci constatăm că nici ele nu au cunoscut o creștere. Tabloul nevrozei cuprinde oboseala, irascibilitate accentuată, capacitatea scăzută de concentrare, răspunsuri verbale brutale etc. Acestea sînt reacții produse într-un context intimplător sau în mod clar generate de stimuli foarte perceptibili. Dacă simptomatologia încetează odată cu dispariția stimulilor negativi, e clar că nu putem pune diagnosticul de nevroză. Nevroza-boală se constituie și își menține același tablou și intensitate indiferent de stimulii care mai apar ulterior.

— **Înțelegem că chiar în condițiile dispariției stimulilor care au generat-o ea se menține?**

— Exact, tabloul clinic rămîne. Tocmai de aceea există opinia greșită, după părerea mea, că numărul de nevroze a crescut. Reacțiile nevrotice dau senzația bolii, dar fără a prezenta un tablou constituit foarte clar. Justetea acestei observații rezidă și în faptul că noi nu mai întîlnim acești „bolnavi”. Deci ei au făcut „reacția”, s-au prezentat la medicul psihiatru, și apoi nu mai vin. Peste 90 la sută din aceștia îi considerăm rezolvați.

— **Adică vindecăți.**

— Nu, rezolvați, pentru că dacă am folosi cuvîntul „vindecăți”, înseamnă că am acceptat boala, însă, cum spuneam, doar o mică parte sînt cei cu nevroză constituită.

— **Care ar fi procentul nevroticilor?**

— După părerea mea 2—3 la sută din popu-

lație. Restul sînt reacții la situații de viață.

— **Un conflict latent, de durată, poate duce la nevroză?**

— Bineînțeles. Nu o vorbă sau alta.

— **S-a spus că pentru stingerea reacțiilor nevrotice este suficientă scoaterea din mediu pentru un timp.**

— E adevărat, s-a spus. Dar bolnavul este scos din mediu pentru o durată limitată, după care, reîntorcîndu-se în același mediu, care îl nevrotează, rezultatele sînt anulate. De exemplu, se prezintă la noi o femeie cu un soț alcoolic sau violent. Reacția ei este firească. De fapt, însă, nu ea trebuie tratată, ci soțul violent, ori el nu se prezintă la consult psihiatric. Menținîndu-se situația conflictuală, acumularea acestor reacții, sigur că pînă la urmă se va ajunge la o nevroză constituită.

— **Uneori aspirațiile sînt mai mari decît posibilitățile de care dispui. În acest caz există un permanent conflict interior. Poate fi și aceasta o cauză de boală psihică?**

— Sigur că da. Asta este, de fapt, cauza nevrozei. Dacă îți fixezi obiective care îți depășesc posibilitățile, vei fi un nemulțumit permanent. Fixarea unor obiective care te depășesc ca individ, ca forță morală, fizică sau ca posibilități materiale de efectuare, creează o stare de disconfort și generează, în ultimă instanță, o altă problemă: cum să te autoeduci ca să-ți ceri și să-ți dorești numai ceea ce poți obține sau realiza.

— **Dar, să zicem, eu vreau să descopăr ceva, să fac cercetări care nu s-au mai făcut.**

— Acesta este un alt aspect. Din 10 000 de persoane care pornesc la un asemenea drum, unul ajunge la Academie, iar restul, de 9 999, ajung la cabinetul de psihiatrie. Nu vreau să evit răspunsul cu o glumă. Sigur că dacă-mi fixezi și trebuie să-mi fixezi ca obiectiv, condiția umană ne-o cere, descoperirea unei noi metode de tratament sau să îmbunătățesc una, în domeniul psihiatriei, în care lucrez, merită efortul. Pot fi mulțumit la un moment dat. Dar dacă o să-mi propun acum să construiesc un pod peste Canalul Minecii, ajung un nemulțumit, un neînțeles și voi avea toate motivele să fac nevroză.

— **Maturizarea și înțelepciunea, care aduc capacitatea de a te adapta la cerințele vieții, vin odată cu vîrsta sau se învață?**

— Nu au legătură cu vîrsta, ele se învață. Dacă ar fi legate numai de vîrstă, ar însemna că la o anumită etate, pe care, să zicem, o putem fixa acum, amîndoi, de exemplu, la 52 de ani și 13 zile sau la 47 de ani și 22 de zile, oamenii devin înțelepți, restul fiind niște nedescurcări. Maturizarea apare în funcție de cantitatea de informații acumulate, de acuratețea lor și de posibilitățile individului de a le mîcina și reasambla, adică de a resintetiza materialul informativ de care dispune, un fel de a fi care arată maturizarea în procesul de gîndire. Pentru a fi un înțelept trebuie să știi și care este limita valorii tale, a posibilităților tale. Iar pentru a avea satisfacții, nu trebuie să-ți propui, în nici un caz, după cum am mai spus, obiective care te depășesc. Procesul este foarte complex, pentru că poți fi depășit ca posibilitate datorită necesităților de cunoștințe

tehnice în domeniu sau datorită vîrstei. Cînd ai un număr de ani, nu mai poți pierde nopțile lucrînd la rezolvarea unor probleme. Deci asta ar fi nuanța: nivelul de cunoștințe și posibilitățile de moment, generate de vîrstă. Și ar mai fi judecarea situației pe fapte reale, nu pe presupuneri, pe interpretări, pe deducțiile pe care le realizezi.

— **Dar fiecare om vrea să se autodepășească. Să realizeze tot mai multe.**

— Da, dar tot în funcție de posibilități și nu-mai în domeniul în care lucrează. Dacă eu as vrea să mă autodepășesc și să ajung cîntăret de operă, va fi o dramă. Însă în profesia mea, în momentul în care încetez să mă autodepășesc, atunci am terminat. Autodepășirea este normală, obligatorie chiar, și nu are limite, pentru că cel ce astăzi dă mult, mâine trebuie să dea și mai mult. Situația se schimbă dacă practici o profesie pe care nu ți-ai dorit-o sau în care ajungi în mod întîmplător.

— **Și aceasta poate fi o cauză de nevroză?**

— Bineînțeles. În acest caz profesia te obosește și te depășește. Autodepășirea apare ca dorință și necesitate atunci cînd îți iubești profesia și știi să o și faci. Altfel, apare dorința de a te menaja și în loc de a avea deviza „să dau în fiecare zi tot mai mult, iar atunci cînd nu voi mai putea sînt un învins”, apare cealaltă: „să mă strecor cît mai mult în ziua următoare, pentru că dacă mă vor pune la muncă voi fi un învins”.

— **Deși lucrurile sînt destul de clare, poate ar merita adîncirea și dezvoltarea lor. Însă din lipsă de spațiu ne oprim aici și să vă propun o altă întrebare. Foarte mulți oameni folosesc, fără recomandare medicală, medicamente psihotrope: anxiolitice, psihotone, antidepresive etc. E bine, e rău?**

— Vă dau un răspuns indirect. Anual apar, în toată lumea, între 600 și 700 de medicamente noi. Din acestea, în anul următor rămîn doar unul, două. Deci cei ce le-au utilizat pe celelalte le-au luat fără nici un rost.

— **De acord cu dv. Acum să-i luăm pe cei ce folosesc acele unul, două care rămîn, adică medicamentele bune.**

— Automediația. Este la fel de dăunătoare ca orice manoperă făcută în nepricepere de cauză. Și este ciudat cum, ca să dau un exemplu, un tinichigiu auto înțelege că un doctor în medicină nu poate da forma aripii unei mașini, dar se consideră foarte capabil să-și aleagă medicația și să-și administreze, medicație pe care 90 la sută din medicii din specialitatea respectivă nu ar îndrăzni să i-o prescrie. Se pare că omul are foarte puțină prețuire pentru organismul său și una foarte mare pentru bunurile sale. Cînd sare siguranța la televizor, pentru că a dat un ban pe acest aparat, cheamă un tehnician, care îi percepe chiar și „taxă de consultație”; în schimb, cînd e vorba să-și administreze un medicament, o face singur și nu apelează la o asistență medicală gratuită. Cam așa stau lucrurile, omul prețuiește mai mult decorul pe care îl realizează în jurul său decît pe sine însuși.

— **Vă mulțumim pentru interviul acordat.**

Lucian HUIBAN

cu doctor în medicină
Madeleine MĂICĂNESCU-GEORGESCU

— Cu 50 ani în urmă după ce a fost identificat testosteronul, principalul hormon masculin secretat de testicule, oamenii de știință au reușit să descifreze structura chimică a hormonului. Această realizare a făcut posibilă reproducerea pe cale sintetică a hormonului masculin?

— Au fost obținute preparate de testosteron injectabile sau sub formă de tablete, care au fost administrate cu succes în hipogonadismul masculin. Treptat aveau să fie dezvăluite și alte proprietăți ale hormonului androgen. S-a remarcat, de pildă, că în afara efectului predominant masculinizant, testosteronul stimulează formarea proteinelor, substanțe organice complexe cuprinse în structura organismului. Acest efect, numit anabolic, constă în creșterea conținutului proteic în diverse organe și țesuturi: mușchi, schelet, ficat, rinichi etc. Datorită acestei proprietăți, preparatele de testosteron au fost folosite în afecțiuni diverse, de la tulburările de creștere la copii până la boala canceroasă și aplicate la toate vîrstele, la indivizii de ambele sexe. Din cauza efectului puternic masculinizant s-au ivit însă inconveniente, îndeosebi la femei și la copii, care au limitat indicațiile terapiei hormonale. Se dovedea a fi necesară separarea efectului masculinizant de cel activ pe proteine în vederea obținerii de compuși noi, lipsiți de efect androgen, cu acțiune predominant anabolică. Așa au luat naștere steroizii anabolici, derivați sintetici ai testosteronului. Ei au fost primiți cu mult entuziasm cu atât mai mult cu cît, cu cîteva decenii în urmă, influențarea prin medicamente a metabolismului proteic nu era posibilă. Întrucît în multe boli majoritatea proceselor metabolice sînt îndreptate spre degradarea materialului proteic (catabolism), găsirea unor substanțe capabile să prevină pierderea de proteine era necesară. Steroizii anabolici au fost definiți ca „...produși cu structură preparată artificial și diferită de cea a steroizilor naturali-testosteron, estrogeni, progesteron — scopul principal fiind obținerea de substanțe biologice mai active și mai utilizabile în medicină...” (Labhart).

— Există în farmacii o gamă largă de preparate anabolizante cu acțiune de intensitate variabilă, dar pînă în prezent nici unul nu este complet lipsit de activitate androgenă.

— Între preparatele cu largă utilizare sînt de menționat următoarele: Decanofortul (sinonime Deca-Durabolin, Turinabol depôt), fiole conținînd 25 mg de nandrolon decanoat. Are efect prelungit pe o durată de 3—4 săptămîni. Durabolinul (sinonime Nerobolin, Turinabol), prezentat, de asemenea, în fiole, conține 25 mg nandrolon fenopropionat. Efectul unei injecții se menține o săptămînă. Ambele produse stimulează sinteza proteică și au acțiune androgenă relativ slabă. Alte preparate — Naposim — (sin. Dianabol etc.) sînt active pe

STEROIZII ANABOLICI

cale orală. Se găsesc sub formă de comprimate conținînd 5 mg de metandienonă.

— Ce indicații au steroizii anabolici?

— Ajutînd sinteza de proteine, ei stimulează creșterea în înălțime și cea ponderală fiind indicați în tulburările de creștere și greutate la copii. Sub influența medicației, creșterea osului este accelerată temporar dar în același timp este grăbită și maturizarea scheletului. De aceea, după doze mari sau prelungite există riscul închiderii premature a epifizelor osoase cu stagnarea prematură a creșterii, copilul rămînînd în final cu statură mică, subnormală. Preparatele anabolice trebuiesc așadar prescrise cu precauție la copii și, mai ales, trebuie găsită doza cea mai eficientă și totodată cea mai puțin nocivă, care să ajute creșterea și să nu o oprească prematur. Copiii, prematuri și feții sînt cei mai vulnerabili la dozele mari de medicamente. Cu cît copilul este mai mic cu atît riscul compromiterii înălțimii este mai mare. La băieți se poate produce sexualizare precoce iar la fete fenomene de masculinizare. De aceea steroizii anabolici trebuiesc evitați în timpul sarcinii și lactației. Există unele preparate (Oxandrolon) care au avantajul că favorizează cu precădere creșterea, influențînd mai puțin maturizarea scheletului. La adolescentul cu pubertate întîrziată tratamentul cu compuși anabolizanți și cu hormoni androgeni este pe deplin justificat.

În bolile singelui steroizii anabolici ameliorează starea generală și prelungesc timpul de supraviețuire. Încă din 1961 s-a susținut eficacitatea lor în stimularea hematopoezei. Ei stimulează secreția de eritropoietină de către rinichi și au acțiune anabolică pe măduva osoasă, crescînd concentrația de hemoglobină. Sînt indicați în anemii moderate, în unele anemii rebele la tratament, în anemia celor cu dializă etc. Sînt de obicei necesare doze mari de nandrolon. Efectele se manifestă cu întîrziere după cîteva luni de tratament.

Steroizii anabolici cresc apetitul și greutatea fiind indicați în cazuri de pierdere a poftei de mîncare (anorexie), după scăderi masive în greutate (cașexie), în stările de epuizare din boala canceroasă, după citostatice și roentgenterapie. Deși înlătură starea de oboseală, folosirea lor nu este motivată și este chiar inutilă în oboseala școlarilor sau în astenia de primăvară. După intervenții chirurgicale mari, ajută recuperarea postoperatorie, ameliorînd starea generală și scurtează perioada de convalescență. Sînt utili în răni și arsuri întinse, contribuind la grăbirea vindecării. Alături de alte medicamente sînt utili în bolile cronice la bătrîni și în psihozele senile.

— La femeie, administrarea steroizilor anabolici poate avea efecte neplăcute de ordin estetic?

— Da, uneori pot apare semne de virilizare (creșterea părului pe față, acnee, îngroșarea vocii, hipertrofia clitorisului). La acestea se mai adaugă, uneori, creșterea libidoului, oprirea menstruelor sau menoragii etc. Unele preparate ca Danazolul (derivat de etinil testosteron) au acțiune slabă și sînt indicate în tratamentul unor afecțiuni ginecologice (endometrioză) și în fibroza chistică mamară. Steroizii anabolici sînt prescriși în special în fracturi și osteoporoză, ei contribuind alături de alte preparate (calciu, fosfor, vitamina D etc.) la calcierea osului. Un efect important al compuşilor anabolizanți este combaterea acțiunii catabolice a cortizonului asupra structurilor osoase mai ales cînd acesta a fost luat vreme îndelungată. În unele stadii avansate se recomandă terapia combinată cortizon-steroidi anabolici, cu îmbunătățirea rapidă a stării generale și cedarea atrofiei musculare provocată de preparatele cortizonice. Rezultate bune au fost semnalate în osteoporoză de involuție (presenilă) — mai puțin în osteoporoză bătrînilor — cît și în osteoporoză femeii după menopauză, în asociere cu hormonii estrogeni și vitamine. În fracturi Decadurabolul stimulează formarea calusului și grăbește vindecarea, prevenind pierderea osoasă. Spre deosebire de hormonii estrogeni, steroidii anabolici ar stimula formarea osului nou. Se știe că după fracturi multiple și severe se produc pierderi însemnate de calciu și azot mai ales la cei obligați la imobilizare prelungită. În astfel de situații accentul nu trebuie pus pe terapia cu steroidi anabolici, ci pe hrana bogată în proteine și pe mișcare, care poate fi efectuată chiar dacă bolnavul este nevoit să stea la pat. Specialiștii susțin că metoda cea mai eficientă de tratament în astfel de cazuri o constituie mobilizarea cît mai curînd a bolnavului.

Preparatele anabolizante ameliorează starea generală în insuficiențele renale, reduc ulcerările în stomac și intestin induse de tratamentul cortizonic și sînt indicate în tulburări de rezorbție intestinală, după operații mari pe stomac (gastrectomie) cît și în tratamentul paleativ al cancerului de sin cu metastaze osoase, la femeia în postmenopauză. S-au obținut rezultate bune la 20 la sută din femeile tratate cu steroidi anabolici, care, ca și hormonii androgeni, cresc și dezvoltă masa musculară, efect care rezultă și din diferențele structurale între sexe, bărbatul avînd musculatura mai puternică și mai voluminoasă decît femeia. Efectul stimulator pe musculatură explică dealtfel și larga răspîndire printre sportivi — adesea nemotivată — a preparatelor anabolice, în scopul creșterii performanțelor sportive. După cum s-a mai spus, dirijarea sintezei proteice nu trebuie lăsată pe seama medicamentelor, ea fiind reglată de conținutul proteic din hrană, de exercițiul fizic și de activitatea unor hormoni în organism (insulină, hormon de creștere etc.).

— Totuși, datorită efectului miotrop, s-a încercat utilizarea steroidilor anabolici în afecțiuni ale țesutului muscular, ca de pildă în distrofia musculară progresivă, poliomieliță etc. Ce contraindicații au?

— Întrucît tratamentul anabolizant antrenează pe lîngă reținerea de azot și cea de minerale (Na, Cl, K etc.) cu acumularea de apă, este contraindicat în sindromul nefrotic și în insuficiența cardiacă. Atenție în insuficiențele hepatice, întrucît s-au semnalat cazuri de icter în special după preparatele orale (Naposim, Dianabol etc.). După tratament îndelungat sau cu doze mari de steroidi anabolici au fost descrise uneori tumori benigne ale ficatului și chiar carcinom hepatic. Efectele secundare ale steroidilor anabolici, ca cefalee, valuri de căldură, sînt mai puțin importante decît cele secundare hormonale, care provoacă oprirea creșterii la copil sau virilizare la femeie. Se încearcă neconștient să se găsească procedeul de obținere a unor compuşii lipsiți de activitate androgenă, ceea ce ar permite utilizarea lor mai largă la femei și copii, fără efecte nedorite asupra dezvoltării sexuale și osoase.

— O problemă mult discutată este cea a utilizării de către atleți a steroidilor anabolici.

— Procedeul nu are totdeauna o bază științifică. „Pilulele magice” anabolizante sau injecțiile sînt administrate în mod excesiv în scopul îmbunătățirii performanțelor. Adesea sînt utilizați încorect pentru grăbirea vindecării unor lovituri în cursul antrenamentelor. S-a atras atenția că sub tratament anabolizant mușchii devin mai voluminoși, dezvoltîndu-se mai repede decît capacitatea de adaptare a tendoanelor la aceste modificări, ceea ce duce la frecvente vătămări ale tendoanelor și ligamentelor cît și la întîrzierea vindecării lor. Cercetători de la Universitatea din California au declarat că dintre steroidii anabolici Decadurabolul prezintă cele mai multe riscuri printre sportivi, deoarece aflat în soluție uleioasă, preparatul este eliminat lent în decurs de săptămîni și chiar luni. Acumularea sa în organism produce blocarea hormonilor gonadotropi cu scăderea spermatogenezei și a potențialului fertil și chiar impotență. S-a remarcat, de asemenea, creșterea comportamentului ostil și a agresivității în timpul administrării steroidilor anabolici. Nu se cunosc încă efectele pe termen lung ale acestor preparate la individ sănătos, dar este cert că ele produc modificări profunde care pot fi ireversibile sau pot da obîșnuință. Se presupune existența riscului crescut în viitor pentru afecțiuni cardiovasculare (arterioscleroză și afecțiuni coronariene) cît și pentru cancerul aparatului urogenital. Date fiind dezavantajele tratamentului cu anabolizante și riscurile posibile la care sînt expuși sportivii obișnuiți să se autotrateze, este îmbucurător faptul că tot mai puțini medici prescriu „în mod generos” astfel de preparate.

Cristian IONESCU



CREIERUL

Cu cele 14 miliarde de neuroni și peste 200 de miliarde de sinapse, creierul este materia cea mai înalt organizată din natură. În el se desfășoară cele mai complexe activități, fiind centrul de comandă al întregului organism, dar și locul declanșării multor suferințe. Iată cuprinsul grupajului de articole ce răspund la unele din întrebările cititorilor noștri:

- Studii și cercetări de neurofiziologie

- Încercări de descifrare a activității psihicului uman pentru înțelegerea proceselor ce se desfășoară în creier

- De la suportul energetic al codificării informațiilor primite, pînă la cele mai complexe mecanisme ale gândirii și comunicării interumane

- De ce luăm o decizie și nu alta? De ce oamenii reacționează diferit în împrejurări asemănătoare? Întrebări la care unul dintre răspunsurile posibile constă în rolul jucat de personalitatea fiecăruia dintre noi

- Activitatea creierului poate fi văzută pe display

- De la electroencefalogramă la hărțile creierului

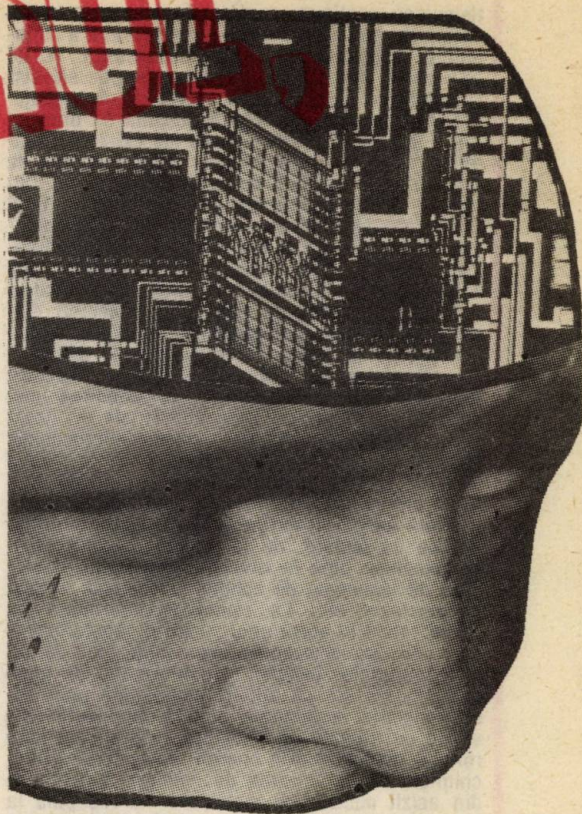
- Care sînt semnele cele mai comune ale tulburărilor psihice și unde se află granița dintre normal și patologic?

- Cu cine se consultă psihiatrii?

- Există „pilule de fericire”? Nu, dar omul și cuvîntul său pot ajuta mai mult decît medicamentul care se ia de trei ori pe zi înainte de masă

- Din păcate, nu toate situațiile pot fi rezolvate, așa cum e cazul unor infecții virale. Optimismul constă, însă, în profilaxie

Toate subiectele au comun creierul fie că e vorba de activitatea psihică, fie că se referă la tulburări neurologice. Creierul, care, în ciuda marilor descoperiri, mai are încă multe necunoscute.



SUBSTANȚA, ENERGIA ȘI INFORMAȚIA - SUPT AL FUNCȚIILOR PSIHICULUI

Cunoașterea umană a operat, treptat, în înțelegerea lumii materiale, pornind de la categoriile depistabile concret, senzorial spre categoriile abstracte, prin experiment și operații logice. Calitățile materiei sînt, în prezent, definibile prin trei concepte: substanță, energie și informație. Cronologic, substanța a stat în centrul preocupărilor, prima din punct de vedere istoric. Energia a polarizat eforturile de cunoaștere în ultimele sute de ani. Cucerire nouă, a ultimelor decenii, obiectul informației este în plină dezvoltare și elaborare. Substanța, energia și informația sînt o triadă calitativă a materiei, a realității obiective. Aceste concepte comportă, înainte de toate, statutul unor categorii filozofice, dată fiind ex-

tensiunea continuă, explicabilă istoric, a sferei noțiunilor amintite. O definire exhaustivă a conținutului acestora este astăzi inoperantă. Pe de altă parte, din punct de vedere științific ele sînt concepte cu caracter interdisciplinar. Substanța, energia și informația sînt concepute ca proprietăți necesare și fundamentale ale existenței materiei, fiind recunoscutibile la toate nivelurile de organizare a materiei, inclusiv a materiei vii. Ontologic, aceste proprietăți sînt indisolubile, fiind într-o interdependență dialectică, iar epistemologic, ca obiecte ale cunoașterii, ele reprezintă calități diferite, ireductibile una la cealaltă, ale existenței unui fenomen sau grup de fenomene.

Raportul dialectic, la nivel ontic (obiectiv), dintre cele trei categorii obiective ale materiei este demonstrat de faptul că substanța nu poate fi în afara unei structuri, existența structurii fiind determinată funcțional prin stabilirea unui echilibru homeostatic între elementele ei. Acest lucru este diferențibil de la nivelul microcosmic pînă la cel macrocosmic, planetar, de la nivelul materiei amorfe, anorganice, pînă la nivelul materiei vii. Evoluția și interacțiunea energiilor este posibilă tocmai în virtutea unor procese informaționale de reglare, de la nivelul energiilor fizico-mecanice pînă la nivelul bioenergetic guvernate de fenomene de echilibru, feedback, reflex, homeostazie etc. La rîndul ei, informația nu poate exista în afara unui substrat substanțial și energetic, însuși suportul semnalului fiind de natură materială. Începînd cu informația de nivel tehnic, care are ca suport modulațiile unor curenți electrici în semnale, pînă la impulsurile nervoase pe traiecte de structură substanțială neuronală, modulate prin energii bioelectrice și biochimice, de la unitățile de memorie biochimică din acizii nucleici ai sistemului nervos pînă la memoria genetică a cromozomilor din celulele sexuale se poate recunoaște suportul energetic-substanțial al acestora.

Cu alte cuvinte, dacă realitatea obiectivă conține simultan, într-o interdependență absolută, toate trei calitățile de substanță, energie și informație, proiectarea realității obiective în planurile cunoașterii prin metodologiile specifice ramurilor științifice se face distinct în trei planuri diferite, care, pentru plasticitatea exprimării, poate fi asemănată cu proiecția unui obiect în cele trei planuri concurente ortogonale.

După părerea noastră, așa cum substanța are niveluri diferite de organizare, și energia împreună cu informația realizează structuri similare diferitelor niveluri ale substanței. Unii autori descriu mai multe niveluri de structurare calitativă a informației, pornind de la informația statistică specifică tehnicii, informația semantică specifică comunicării, informația gnozică specifică cunoașterii și informația pragmatică cu rol de acțiune și strategie.

Din perspectiva adoptată de către noi, funcțiile psihicului, ca funcții informaționale, atribut al unei materii superior organizate, realizează aceeași interdependență dialectică dintre substanță, energie și informație, ireductibilă însă în mod obiectiv (ontic) la una singură din cele trei calități ale materiei. Din această perspectivă poate fi abordată cercetarea fenomenelor psihice, corelată cu structura sistemului nervos și cu existența socială. Modelul propus de noi nu exclude

alte modele posibile, fiind totodată deschis îmbogățirii și chiar modificării prin cunoașterea izvorită din experiența concretă, medicală (obiectivă). Valoarea sa a fost relevată, ca un ghid al gândirii experimentale, în cei 16 ani de cercetare a comunicării extraverbale și a terapilor informaționale, perioadă în care modelul a suferit optimizări.

Nivelurile, în ordinea complexității lor, sînt constituite din: biofizic, biochimic, neuronal-sinaptic, al circuitelor neuronale, al filtrului verbalizării și al reprezentării figurative, al operațiilor reflectate, al comunicării și relațiilor interumane noogene, al noosferei microgrupului socio-cultural de apartenență. Definirea fiecărui nivel se face prin gradul complexității structurii sale relevată de specificul instrumentelor științifice de abordare, modelelor științifice de descriere, tehnicilor terapeutice de influențare. Ele se integrează treptat în nivelurile superioare dinspre biofizic spre noosferă, iar funcționalitatea lor este practic sincronă.

1. Realitatea obiectivă este asimilată prin traducerea energiilor în biocurenți, care constituie suportul energetic al codificării informației la **nivelul biofizic**. Aici se realizează și prelucrarea informațională a biocurenților în întregul sistem nervos. Acest nivel este abordabil prin instrumentele de cunoaștere ale biofizicii, electrofiziologiei, iar din punct de vedere terapeutic este influențabil cu ajutorul ionilor de litiu, a cimpurilor magnetice, a ionilor atmosferici negativi etc.

2. **Nivelul biochimic** constituie nivelul de substanță al codificării și transmiterii informației nervoase. Structura căilor nervoase este biochimică, iar sinapsele realizează alternanța continuă între energie (biopotențiale) și substanță (moleculele mediatorilor chimici). În neuroni informația este stocată în structuri moleculare, constituind memoria biochimică de lungă durată. Substanțele psihotrope au efect asupra sistemului nervos și fenomenelor psihice intervenind tocmai la acest nivel. El este abordabil prin metodele biochimiei și este larg descris în ramurile biochimiei comportamentului, psihofarmacologiei, histochimiei etc.

3. Primul nivel fiziologic propriu-zis rezultat în urma integrării nivelurilor anterioare în nivelul celular îl constituie **nivelul neuronal-sinaptic**. Acest nivel este abordabil cu instrumentele citofiziologiei și neurociberneticii, beneficiind de foarte multe modele formalizate matematic. Metodele terapeutice intervin prin modificarea pragului de excitabilitate, blocarea sau facilitarea transmiterii sinaptice etc.

4. **Nivelul circuitelor neuronale** este calitativ superior și se caracterizează prin fenomene de feedback nervos, reflex, autoreglare, circuite reverberante, circuite simple instruibile etc. Aici este operantă neurofiziologia, care se îmbogățește foarte mult prin aportul neurociberneticii, al modelării circuitelor neuronale. O contribuție esențială în înțelegerea acestui nivel este adusă de studiile școlii nerviste creată de Pavlov, care s-a referit și la cele două sisteme de semnalizare reprezentate în modelul nostru de nivelele 7, 8, 9 și 10. Terapiile reflexe acționează la acest nivel.

5. Asamblarea în rețele complexe a unui număr mare mai mare de neuroni (plurineuronale) duce la constituirea unui tip nou de integron

specific **nivelului rețelelor neuronale**. Aici sînt descrise rețelele instruibile, sistemele memoriei circulante, rețelele de recunoaștere a formelor. Totodată, el constituie ultimul nivel unde funcționează o „inteligență biologică internă” de „structurare funcțională logică” a compartimentului de substanță, avînd ca proprietăți deosebite plasticitatea sistemului nervos, fiabilitatea acestuia și simetria nervoasă parțială.

6. **Nivelul noogen**, definește un domeniu insuficient conturat în stadiul actual al științei, ca zonă de interferență a planului biologic cu cel psihologic. Validarea sa va fi posibilă doar prin conturarea unui domeniu cu o metodologie proprie, caracteristică acestei zone.

7. **Nivelul structurilor logice nereflectate** este sediul unui număr uriaș de procese logice denumite de Piaget ale experienței logice matematice, fenomene ale construcției lingvistice, programe premergătoare vorbirii interioare, selectarea fluxului informațional perceptiv și prelucrării acestuia, coordonării de activități sau acțiuni. O mare parte din algoritmiile acestui nivel se însușesc ontogenetic în cadrul practicii comunicării. Altă parte sînt obținuți inițial prin învățare conștientă, determinată socio-cultural și ulterior funcționînd ca automatisme specifice nivelului de prereflectare. Este foarte probabil că la acest nivel se produce cel mai mare număr de operații psihoinformaționale, cu un caracter de determinism foarte accentuat, care, datorită faptului că nu sînt integral reflectate, fac să nu apară în mod conștient ca operații automate. Intenționat nu folosim termenul de subconștient, pentru a evita confuziile ce se pot produce din interferarea în înțelegere cu alte accepțiuni, uneori ambigue sau chiar contradictorii, inerente unei prea largi și frecvente utilizări a acestui termen.

8. **Nivelul filtrelor verbalizării și al reprezentărilor figurative** asigură posibilitatea reflectării, realizînd autoperceperea suportului material al informației obținute prin prelucrările realizate în nivelurile anterioare. Aici este vorba de mecanismele ce oferă posibilitatea vorbirii interioare și a gândirii în imagini. Formarea și funcționarea acestui nivel are o dublă cauzalitate: una biogenetică, prin integrarea nivelurilor anterioare și dezvoltarea lor și una socio-comunicantă, respectiv comunicarea intersubiectivă într-un cadru lingvistic determinant. Aceasta este dovedită de faptul că alterarea unuia din nivelurile anterioare, somatic sau fiziologic, împiedică funcționarea sa, iar, pe de altă parte, absența comunicării, a băii de limbaj (cazul copiilor-lup) face imposibilă formarea acestui nivel.

9. **Nivelul operațiilor reflectate** are posibilitatea conștientizării operațiilor logice și a autocontrolului asupra acestora prin codificarea lor verbală și în reprezentări figurative asigurate de filtre. Acest fapt permite o dirijare voluntară a proceselor gândirii reflectate, care reglează și corectează operațiunile logice subiacente. Considerăm că această proprietate esențială a gândirii conștiente probează relativă autonomie ontologică a conștiinței umane în raportul ei dialectic cu existența materială, deci și rolul activ al subiectului în cunoașterea realității obiective. Tocmai această relativă autonomie ontologică a

conștiinței umane duce la finalizarea deciziilor în raport cu conștiința socială și personalitatea fiecărui individ, la acest nivel intervenind așa-numitul discernămint. Acest fapt permite persoanei umane să nu acționeze ca un robot automat și totodată să nu fie conștientă de determinismul pluricausal subiacent filtrelor verbalizării, lăsînd aparența spontaneității și aleatorului. La acest nivel se poate vorbi de informație structurată gnozic.

10. Valoarea decisivă a comunicării umane în formarea personalității, în psihogeneză, a impus ca nivel intersubiectiv cel al **comunicării interumane**, nivel noogen ce generează psihicul, îl dezvoltă în cursul maturării sale și îi întreține sanogeneza în întreaga existență a individului. Limbajul verbal articulat, prin calitatea de a fi vehiculul gândirii, mijlocul de fixare și expresie a conceptului și în același timp principalul acumulator al experienței socio-culturale, reprezintă factorul fundamental al socializării gândirii. Prin limbaj se realizează consensul în marea sa majoritate, respectiv punerea în corespondență a unor izomorfisme biopsihice. El constituie și suportul noilor experiențe ale gândirii, fiind mijloc de reflectare a realității, a experienței în planul psihic. În cadrul comunicării se produce un feedback extern între energiile modulate în emisie și perceperea lor, respectiv între vorbire și auz, între gesturi și simțurile chinestezice etc. În paralel se poate vorbi de feedbackuri interne pentru vorbirea interioară, pentru programele de fonație, pentru acțiuni etc. Feedbackul extern parcurge toate nivelurile psihicului și structurile anatomico-fiziologice de la zonele periferice senzoriale pînă la ariile corticale, respectiv la reflectare. Feedbackul intern intrapsihic parcurge o cale mult mai scurtă de coincidență recurențială a programelor motorii și senzoriale, realizînd funcția atribuită ulterior filtrelor. Impregnarea realizată de comunicare determină formarea și dezvoltarea psihicului, iar de la o anumită etapă autodezvoltarea gândirii.

11. Prin intermediul nivelului noogen al comunicării interumane se produce o integrare a indivizilor la noosferă. Ultimul nivel interindividual, social al gândirii umane, al teaurizării acesteia pe parcursul evoluției umane, cu specificul microgrupului de apartenență îl constituie **noosfera** la care are acces individul. Din această noosferă se preiau și valorile axiologice. Calitatea legăturii cu noosfera determină calitatea sanogenezei psihice și modelele comportamentale.

Psihologia motivațională constituie un alt domeniu al argumentării modelului nostru, care surprinde în mod unitar, integrator, dimensiunile biopsiho-sociale ale psihicului uman.

În final, subliniem faptul că modelul nostru nu exclude alte modele utile altor incidente sau metode de abordare a unor aspecte mai largi sau mai specializate ale funcțiilor psihice. El a fost expus, pe parcursul dezvoltării sale, în mai multe lucrări și monografii, fiind acceptat de diverse foruri științifice naționale și internaționale, iar în practică, în mare măsură, validat de cercetările noastre privind comunicarea interumană.

Dr. Virgil ENĂTESCU
Spitalul municipal Satu Mare

INFLUENȚA PERSONALITĂȚII ASUPRA PROCESELOR INFORMAȚIONAL- DECIZIONALE

Fiind format dintr-o mulțime de neuroni, ale căror prelungiri se unesc între ele, creierul ajunge să aibă structura unei extrem de complicate rețele. Unindu-se prin intermediul celor peste 200 de miliarde de sinapse, prelungirile celor 14 miliarde de neuroni, dau naștere unei rețele de o complexitate uluitoare, prin care circulă în permanență o enormă cantitate de informații, de a căror prelucrare depinde atât funcționarea organelor interne, cât și reglarea comportamentului la neconveniențele variației ale mediului înconjurător. În felul acesta creierul a devenit, spre deosebire de toate celelalte aparate și organe, un organ informațional.

Deoarece informația este indisolubil legată de substanța și energia care o generează și o transportă, desigur că și de sistemul nervos, prelucrarea informațiilor se face prin intermediul unor procese substanțial-energetice, ceea ce poate fi sugerat și de faptul că deși nu reprezintă mai mult de 2 la sută din greutatea organismului, creierul nostru consumă peste 10 la sută din cantitatea totală de oxigen. Dar, fiind un organ informațional, toate procesele biochimice care se desfășoară în sistemul nervos au o încărcătură informațională. Majoritatea energiei și substanțelor pe care le sintetizează sint folosite pentru transmiterea și prelucrarea informațiilor.

Procesele informațional-decizionale sint indisolubil legate de procesele substanțial-energetice, deoarece rețeaua nervoasă are o structură substanțială iar transmiterea informațiilor prin această rețea necesită și ea anumite substanțe și o anumită energie.

Procesele substanțial-energetice care se desfășoară în sistemul nervos depind pe de o parte de factorii genetici, iar pe de altă parte de factorii de mediu. Și este bine cunoscut rolul factorilor genetici în dezvoltarea sistemului nervos și în apariția diferitelor căi neuro-psihice, precum și rolul mediului care poate să influențeze acțiunea factorilor genetici.

Spre deosebire de toate celelalte organe, un rol deosebit în dezvoltarea și în funcționarea sistemului nervos îl are aportul informațional. Sistemul nervos este singurul organ care se structurează și se restructurează în permanență sub influența informațiilor primite. Sub influența informațiilor primite iau naștere rețele neuronale, dar mai ales programul lor de funcționare. Pentru că dispunând de extrem de multe circuite posibile, sistemul nervos are nevoie și de niște programe de funcționare care să indice de fiecare dată pe care dintre numeroasele căi posibile trebuie trimisă fiecare informație. Experien-

tele au arătat că dacă nu primește informațiile necesare, creierul nu se structurează și nu dobîndește programele necesare, care depind nu numai de structura sa genetică, ci și de informațiile primite. Tocmai pentru dobîndirea programelor necesare are omul nevoie de o copilărie atât de lungă, în timpul căreia să-și însușească prin intermediul informațiilor pe care le primește o parte din cultura acumulată de omenire. Și deoarece în ultimii 30.000 de ani creierul nu s-a mai modificat în mod semnificativ din punct de vedere structural, am putea spune că el a progresat mai ales pe seama perfecționării programelor sale de funcționare.

Dar nu toți oamenii prelucreează la fel informațiile primite. Am putea spune că oamenii se deosebesc mult mai puțin în ceea ce privește funcționarea celorlalte organe decît funcționarea creierului. Desigur că fiecare individ are o structură antigenică, o structură a proteinelor, absolut particulară, care face foarte dificilă, de pildă, efectuarea grefelor de organe. Dar el are o particularitate de prelucrare a informațiilor și mai evidentă și tocmai această particularitate definește de fapt personalitatea individului respectiv.

Personalitatea depinde, după cum au arătat foarte mulți autori, de o mulțime de factori psihici și somatici. Ea este de natură plurifactorială. Dar ea este, după părerea noastră, rezultatul modului în care acești factori influențează procesele informațional-decizionale, adică modul de recepționare, de transmitere și de prelucrare a informațiilor în vederea adoptării deciziilor corespunzătoare.

S-au descris foarte multe tipuri de personalitate, una dintre cele mai vechi clasificări fiind aceea a lui Hipocrate, care împărțea oamenii în patru tipuri: bilios, limfatic, sanguin și nervos. Deoarece tipul nu va putea coincide niciodată perfect cu individul, el nefiind decît o schemă de referință, cu valoare orientativă, s-au descris foarte multe tipologii. Una dintre cele mai cunoscute este cea a lui E. Kretschmer, care, pe lîngă aspectele morfologice, cuprinde și o serie de aspecte psihice deosebite. Așa, spre exemplu, tipul picnic este mai sociabil, mai comunicativ, mai adaptabil și mai preocupat de aspectele concrete ale realității. Tipul leptosom este nu numai înalt și slab, ci și mai enigmatic, mai indiferent, mai oscilant, cu o trăire mai complexă și mai profundă. Tipul athletic este mai liniștit, mai greoi, mai perseverent și cu o imaginație mai redusă. S-ar mai putea remarca clasificările lui I.P. Pavlov (care împarte indivizii în flegmatici, melancolici, colerici și sanguini), S. Freud, C. Jung, Cattell, K. Leonhard, K. Schneider ș.a.m.d. Dar, în cele din urmă, fiecare tip va fi mai comunicativ sau mai puțin comunicativ, mai calm sau mai anxios, mai lent sau mai pripit, mai emotiv sau mai puțin emotiv, mai introvertit sau mai extrovertit în funcție de modul în care recepționează și prelucreează informații oferite de mediu.

Problema este însă mai complicată, deoarece individul nu primește din afară în mod direct informațiile necesare reglării comportamentului, ci doar niște semnale. Este adevărat că semnalele sint purtătoarele informației. Dar ele nu pot fi confundate cu informația pe care o poartă, deoarece, fiind partea cea mai comunicabilă a reali-

tății, informația poate trece foarte ușor de pe un semnal pe altul, ceea ce poate face ca semnale foarte asemănătoare să aducă informații diferite și invers.

De aceea, pentru a intra în posesia informațiilor necesare, sistemul nervos trebuie să supună semnalele primite unor prelucrări foarte complicate, așa cum ar fi procesul de superizare, adică de trecere de la o mulțime de semnale de ordin inferior la un semnal de ordin superior. Prin intermediul acestui proces se trece, spre exemplu, de la o mulțime de litere la un cuvânt, de la o mulțime de cuvinte la o propoziție, de la o mulțime de propoziții la o frază, de la o mulțime de fraze la o idee, de la o mulțime de idei la o concepție ș.a.m.d.

Și tot de aceea, în aceleași semnale, diferiți indivizi vor putea descoperi informații diferite, în funcție de modul în care se desfășoară procesul de superizare. Apoi ei vor prelucra diferit informațiile descoperite, le vor acorda diferite semnificații, le vor acorda o încărcătură afectivă diferită și vor putea ajunge la decizii foarte diferite. Astfel, deciziile la care ajunge fiecare individ depind nu numai de premisele de la care pleacă, ci și de personalitatea decidentului. Există indivizi care superizează foarte ușor și care aleg foarte repede decizia corespunzătoare, precum există și indivizi care superizează mai greu și aleg mai greu decizia necesară.

Dar influența personalității asupra proceselor informațional-decizionale are o deosebită importanță și în patologia umană. Noi am arătat că informația poate fi și ea, în anumite situații, un factor patogen. În acest sens, am putea remarca faptul că există indivizi care sînt tentați, am putea spune chiar obsedați, să superizeze diferite semnale de ordin inferior spre aceleași semnale de ordin superior. Apoi există indivizi care superizează mai greu pentru că nu sînt în stare să ajungă la masa critică pentru a face trecerea la semnalul superior. Sau nu sînt în stare să descopere semnalele redundante, adică semnalele cunoscute, care ar putea contribui la îndreptarea semnalelor mai puțin cunoscute pe o anumită cale din mulțimea căilor posibile. Ei se mențin astfel într-o stare de tensiune, de încordare, de anxietate, care ar dispărea dacă ar putea descoperi redundanța necesară, existentă în semnalele primite. Din această cauză, chiar în aceleași situații, chiar sub acțiunea aceluiași factori psihotraumatizant, unii indivizi se vor îmbolnăvi iar alții nu. Unii vor face o boală iar alții o altă boală. Și acest lucru este adevărat nu numai în bolile psihice, ci și în bolile somatice. Așa, spre exemplu, tipul A de personalitate, care este mai agitat, mai neliniștit, este mai predispus la cardiopatia ischemică pentru că el prelucreează altfel informațiile primite, determină o secreție mai mare de catecolamine și o mobilizare mai mare de lipide decît tipul B.

Prin influența pe care o are asupra proceselor informațional-decizionale, personalitatea poate influența deci nu numai comportamentul, ci și predispoziția noastră pentru anumite boli. De aceea este bine să știm care sînt particularitățile noastre în procesele informațional-decizionale pe care le desfășurăm în fiecare moment, pentru cunoașterea riscurilor de îmbolnăvire și a mijloacelor profilactice.

Dr. Adrian RESTIAN

TENDINȚE MODERNE ÎN EXPLORAREA CREIERULUI

Evoluțiile importante din ultimii ani în domeniul explorării creierului, forma de materie cea mai înalt organizată în natură, se datoresc, în principal, utilizării tehnicii de calcul electronic modern, folosirii unor calculatoare, adesea de mare putere (cu microprocesoare de 32 de biți și cu memorii interne de peste 20 de M octeți), precum și a unor limbaje evaluate, adaptate în parte necesităților particulare ale medicinei. Mutățiile teoretice și practice pe care le-au indus calculatoarele în întreaga știință, ca și în industrie, economie, gestiune, și chiar și în viața socială, la nivelul științelor creierului par a fi și mai pregnante, mai impresionante, și aceasta mai ales datorită faptului că un organ cu o funcție extraordinar de complicată, intricată, în interdependență reciprocă cu întregul organism și de fapt cu întregul mediu inconjurator, nu poate fi descoperit în intimitatea sa funcțională decît cu ajutorul unor „unelte” moderne, speciale, adecvate pe măsura lui, respectiv „creierile electronice” (calculatoarele electronice).

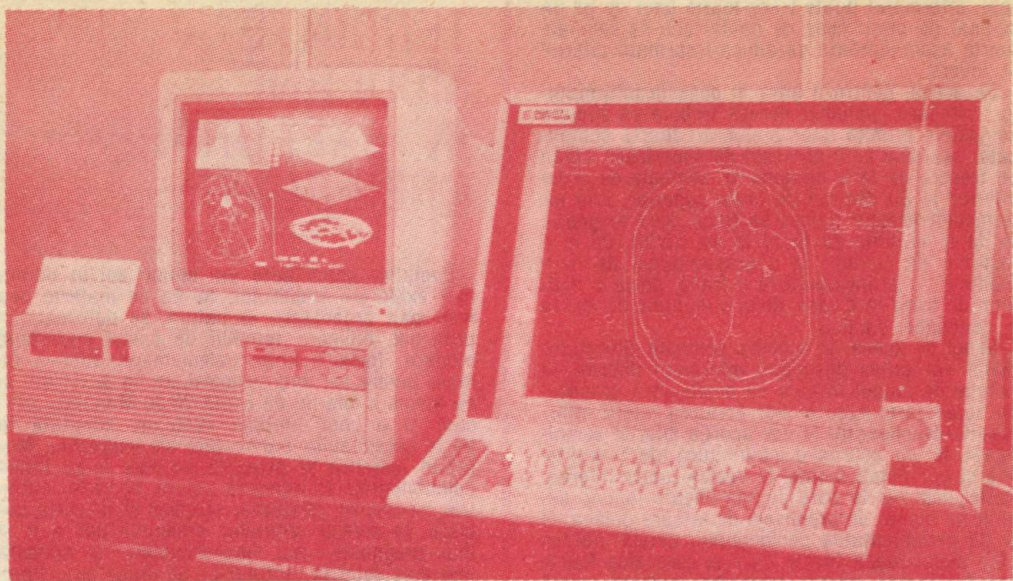
Direcțiile ce au prezentat salturi spectaculoase de cunoaștere sau/și de tehnici de explorare sînt:

I. Explorarea neinvazivă a morfologiei creierului și măduvei spinării (și în general a întregului organism)

De la pneumoencefalograma ori ventriculograma – ce presupuneau introducerea unei cantități de aer în ventriculii cerebrali și efectuarea unei radiografii față și profil, sau de la o arteriografie clasică cu substanță de contrast introdusă în artera carotidă (de la gît) care duce singele spre creier, s-a ajuns la:

– Tomografia computerizată cu raze Röntgen, care oferă detalii morfologice pe secțiuni seriate cerebrale (chiar la 1-2 mm distanță una de alta), transversale, cu o precizie de detalii de o fracțiune de mm. Imaginea obținută este cel puțin la fel de precisă și de clară ca pe un creier fixat în formol. Recent, utilizînd calculatoare (computere de mare putere; cu memorii largi și programe de calcul adecvate), pe baza imaginilor unor secțiuni transversale seriate în lungul întregului creier și stocate în memorie se pot reconstitui apoi electronic și reda pe ecran secțiuni seriate longitudinale fie în plan frontal, fie în plan sagital.

– Tomografia computerizată cu rezonanță magnetic-nucleară. Pacientul (segmentul de explorat al acestuia) este introdus într-un magnet foarte mare (zeci de tone), puternic, cu supraconductibilitate (răcit pînă aproape de zero absolut), cîmpul magnetic avînd diverse frecvențe (reglabile), care pun în evidență, fiecare, concentrația unui anume element chimic ușor (H, deuteriu, P.S etc.). Repartiția elementară fiind deosebită de la un țesut la altul, de la o celulă la alta.



prin redarea ei în spațiul tomografic al aceluia element se obține o perfectă imagine morfologică a organului studiat, cu incomparabil mai multe detalii structurale decât prin tomografia în raze X, în plus rezonanța magnetic-nucleară, nefiind nocivă, poate fi repetată de oricâte ori este nevoie. Utilizând diverse frecvențe, se pot obține pe display imagini în culori cu repartitia simultană a mai multor elemente chimice. Infiltrări ale unor tumori incipiente, sclerozări inițiale ale țesutului cerebral, leziuni vasculare, ramolisme minore, toate acestea, absolut nedecelabile prin tomografia computerizată cu raze X, apărând foarte precis, evident, pe ecran, fiind apoi fotografiate. Se ajunge, deci, aproape la o analiză chimică, topografică, efectuată absolut neinvaziv, numai pe baza unor proprietăți fizice ale materiei. Ca și în tomografia prin raze X, cu ajutorul calculatorului electronic se pot obține secțiuni frontale, sagitale (mediane și paramediane), se pot delimita anumite zone de pe ecran și mări electronic zona în cauză cât tot ecranul, sau se calculează suprafața zonei delimitate în valoare absolută și apoi relativă față de suprafața întregii secțiuni și multe alte prelucrări înalte ale imaginii, cum ar fi grafice de densitate tridimensională etc.

- Evidențierea arborelui vascular (artere-vene) cerebral prin mici cantități de substanță de contrast introduse intravenos la plica cotului, dar utilizând tehnici de substracție electronică a zonelor, elementelor morfologice, nemodificate (între, înainte și după introducerea substanței de contrast în torrentul sanguin) și de creștere (de sute de ori) a diferenței de opacitate, la formațiile care după injectare au devenit cu ceva mai opace, reținerea imaginilor pe magnetoscop și apoi prelucrarea ulterioară a acestor imagini după dorință (mări-reduceri de contraste, scoaterea scheletului osos de pe imagine etc. etc.). Tehnica arteriografică a devenit astfel complet nepericuloasă și foarte ușor de făcut sau de repetat de oricâte ori este nevoie.

II. Explorarea neinvazivă a debitelor sanguine, a consumului de oxigen și chiar a biochimismului cerebral regional:

- De la rheoencefalogramă și determinarea consumului de oxigen prin diferența arteriovenoasă (carotidă-jugulară) prin metoda Ketty, am ajuns, ca, utilizând ultrasunetele, analiza spectrală a sunetelor reflectate (Doppler), să determinăm debite, viteze, fluxuri sanguine în artera carotidă și ramurile sale pe un display în culori, codul culorilor redând vitezele singelui în diverse porțiuni ale carotidei. Cu diverse debitmetre cu ultrasunete, prin efect Doppler, se află debitele sanguine cerebrale din diversele zone.

- Utilizând tomografia cu emisie pozitronică (PET), s-a ajuns recent la performanța incredibilă de a putea intra în intimitatea biochimismului cerebral, pe care-l putem urmări topografic pe secțiuni transversale seriate (cu o definiție de 5 mm) și apoi și frontale ori sagitale, în timpul unei activități intelectuale, a percepției unei informații, imagini, melodii, miros, gust, senzație tactilă localizată etc.

Utilizând izotopi ce emit pozitroni, acești reprezentanți ai antimateriei, ciocnindu-se spontan cu electroni, anihilându-se reciproc masele, dau naștere la energie, la doi fotoni gamma, ce pleacă strict divergent unul față de celălalt. Fiind vorba de izotopi cu timpi de înjumătățire foarte scurți (cîteva minute, zeci de minute) decurge un mare inconvenient: faptul că ei trebuie să fie sintetizați pe loc, cu un ciclotron care-i produce, dar care reprezintă o instalație foarte complexă, ce impune protecții cu totul deosebite, și apoi introduși prin reacție chimică în substanța organică pe care dorim s-o utilizăm în explorarea noastră (cu excepția O_{15} cu perioadă de înjumătățire de $1/2$ la $1 1/2$ minute, care este inhalat ca atare de către pacient). Dar mai rezultă și un enorm cistig prin faptul că, avind perioade foarte scurte de înjumătățire, se pot administra doze mari de radioactivitate, care, însă, dispar foarte rapid.

- se pot face determinări repetate la intervale scurte (ore), deoarece radioactivitatea anterioară a dispărut aproape complet;

- se pot urmări manifestări biochimice cu modificări importante rapide în timpul activității intelectuale - de exemplu, urmărirea unei imagini simple - tablă de sah - sau a uneia complexe - un castel, de exemplu.

Cu tomografia prin emisie pozitronică (PET), care a revoluționat medicina modernă, începem să imbinăm morfologicul cu funcționalul. Marcind derivați de glucoză nedigerabili de către neuron, aflăm consumul de glucoză pe g de țesut pe minut (redat prin codul culorilor pe display) pe secțiuni seriate din creier, în condiții în care pacientul stă cu ochii închiși sau cu ei deschiși, privind o anume imagine ori ascultând o anumită melodie (de Bach, Beethoven sau Respighi) sau atunci când aude pe cineva vorbind. Tot așa s-au determinat consumurile topografice de O_2 în tot creierul. Utilizând diverși precursori, avem imagini cu sinteze proteice, metabolismul glucidic, lipidic, cu sinteza de catecolamine, de neurohormoni, de diverși neurotransmițători și neuromodulatori ș.a. în felurite condiții funcționale ale creierului normal sau bolnav, pe omul în condiții funcționale perfecte, treaz, atent, neanesteziat, netraumatizat. Se începe, astfel, abia acum studiul activității nervoase superioare, a activității psihice-intelectuale în diverse condiții de lucru, efort, emoții, în stare de veghe sau în somn, pe baza biochimismului, ca și neuropsihologia modernă, mai ales că aceste date încep să fie coroborate și cu manifestările electrofiziologice integrative înregistrate simultan cu PET.

III. Explorarea înaltă a activității electrice cerebrale:

Deși primele manifestări ale creierului - la animal - au fost înregistrate de profesorul de fiziologie Caton, de la Facultatea de medicină din Londra, în 1875, iar prima electroencefalogramă la om a fost înregistrată de către Hans Berger în 1926, la Jena, totuși, până în epoca actuală, când a fost aplicat intens calculatorul electronic, metoda a rămas strict calitativă, informativă la modul general, cu o redusă rigurozitate științifică. Evoluția explorării manifestărilor electronice ale creierului s-a desfășurat în 2 direcții independente, care, amândouă, au adus plusuri de cunoaștere remarcabile și de precizie în diagnostic, și anume:

- Prelucrarea electronică a electroencefalogramei culeasă cu un număr mare de electrozi (respectiv 20-40 de canale), cu obținerea unor spectre de frecvență, de putere, de amplitudine prin analiză Fourier rapidă (F.F.A.), prin teste de corelație și de autocorelație, prin utilizarea unor

indici funcționali descriși de diverși autori (Hjörth, Grey, Walter, Popoviciu, Neșțianu), analiză de formă ș.a. Dar aici, în acest domeniu, era o mare stagnare când se puneau problema redării grafice a rezultatelor; nu exista un sistem sintetic de redare, rezultatele reprezentând o cantitate de hirtie tipărită (sau cu grafice, curbe) de zeci de ori mai mare decât electroencefalograma originală ce fusese analizată, urmărirea acelor rezultate date de computer implicând o muncă uriașă, de zile întregi, pentru o singură înregistrare. Piedica a fost depășită recent prin mappin-gul cerebral, redarea pe display în culori, suprapus pe conturul capului, a activității cerebrale integrate (repartiția frecvențelor, a amplitudinilor sau a puterilor) normale sau patologice (unde lente, descărcări comitiale caracteristice).

- Înregistrarea potențialelor evocate la om, cu ajutorul tehnicii electronice de calcul, prin mediere (sau/și autocorelație). Potențialele evocate aduc pentru prima dată ordine și disciplină în studiul electrofiziologiei creierului. Potențialele evocate, adică răspunsurile electrice cerebrale consecutive unor excitanți vizuali, auditivi sau dureroși (deci evocate de acești excitanți) au o morfologie precisă, sau unde P(pozitive) și N(negative) de forme, aspecte, durate, latențe, amplitudini perfect statuate, aproape ca în cazul undelor electrocardiografe.

Nu mai avem de-a face cu o știință generală, neprecisă, holistică, cum e cazul electroencefalogramelor brute (neprelucrate pe calculator), ci cu explorarea de o mare precizie matematică, obiectivă. Prin potențialele evocate am intrat mult mai adânc în intimitatea funcțiilor cerebrale, în intimitatea transmiterii și prelucrării informației în creier, în intimitatea dereglărilor survenite și în localizarea precisă a locului dereglării. Recent s-a combinat tehnica potențialelor evocate, culese cu până la 40 de canale de amplificare independente, cu mappin-gul cerebral în culori al repartiției în timp și spațiu (pe creier) a diverselor unde componente ale potențialelor evocate, așa cum am început să facem în Laboratorul de explorări funcționale neurofiziologice al Facultății de medicină a Universității din Craiova. S-a ajuns astfel, pe plan mondial, la rezultate uluitoare, mai ales dacă se combină imaginile de mappin-g cerebral (EEG și/sau potențialele evocate) cu imaginile date de PET și de tomografia computerizată cu rezonanță magnetic-nucleară.

Prof. dr. Valeriu NEȘȚIANU
Facultatea de medicină
a Universității din Craiova



ÎN TRE NORMAL ȘI PATOLOGIC

A vorbi despre necunoscut în legătură cu creierul uman nu înseamnă a discuta numai despre „linia întâi” a cercetărilor actuale de fiziologie și fiziopatologie psihiatrică. Surprinzător de necunoscute rămân, pentru destul de mulți dintre noi, chiar simptomele de bază ale bolilor psihice, acel adevărat alfabet al psihiatriei, cu care lucrează curent, în fiecare zi, mii și zeci de mii de medici specializați din întreaga lume. Marea majoritate a simptomelor psihiatrice pot fi desprinse numai din spusele bolnavului, din relatările sale spontane sau din ceea ce el răspunde atunci când medicul pune anumite întrebări țintite, menite anume să evidențieze prezența sau absența unor fenomene psihice patologice. Spre deosebire de cele din alte boli, simptomele psihice nu se referă decât în rare cazuri la durere sau la scăderea funcționalității unei părți a corpului. De cele mai multe ori dovada existenței reale a simptomului nu este oferită de „analize”, ci de chiar afirmațiile verbale ale bolnavului, de gradul în care ele concordă cu descrierile clinice din manualele de psihopatologie, care însumează experiența observării atente a multor generații de bolnavi psihici.

În psihiatrie se admite că simptomele constituie reflectarea pe plan mintal, emoțional, a unor alterări ale substratului organic al activității cerebrale. Potrivit concepțiilor filozofice materialist-dialectice, se acceptă că în spatele oricărui simptom stă, în mod mai mult sau mai puțin direct, o anumită modificare organică cerebrală, uneori foarte mică, dar în principiu întotdeauna obiectivabilă, deși mijloacele actuale de investigație paraclinică nu permit acest lucru decât în puține cazuri. Fie că sînt genetice (innăscute sau moștenite de la părinți), fie că sînt dobîndite (apărute pe parcursul propriei vieți), modificările organice cerebrale care se traduc prin simptome psihice constau în primul rînd din alterări (disfuncții) ale sistemelor cerebrale de neurotransmițători, adică ale substanțelor care asigură însăși baza activității nervoase a omului și animalelor: transmiterea informațiilor de la o celulă nervoasă (neuron) la alta. În prezent se desfășoară cercetări intense care urmăresc să stabilească, printre altele, și modul precis în care se

constituie diferitele simptome psihice, prin interacțiunea unei serii întregi de factori din trei domenii principale: biologici, psihologici și sociali. Extrema complexitate face ca, deși foarte importante, cercetările respective să fie încă insuficient de avansate.

Frecvent, simptomele psihice sînt de fapt complexe de simptome sau înmănuncheri caracteristice ale unui număr de simptome, purtînd, ca și în alte specialități medicale, denumirea de sindroame. Multe sindroame psihiatrice nu reprezintă decât exagerări patologice ale unor fenomene, stări sau trăsături normale. Exemple de acest fel pot fi anxietatea (neliniștea), depresia și mania (contariul depresiei).

Anxietatea este o stare de neliniște sau de frică dar, spre deosebire de aceasta din urmă, ea este lipsită de obiect. Anxiosului nu-i este frică de ceva anume, ci el se teme „în general”, de un eveniment neprecizabil dar neplăcut, amenințator, iminent și terifiant tocmai prin natura sa neprecizată. Frica nu este o stare anormală, fiind, dimpotrivă, extrem de firească într-o serie întreagă de situații - înaintea unui examen, în confruntarea cu un cataclism sau, mai banal, atunci cînd traversăm strada și observăm că de noi se apropie un automobil pe care nu l-am băgat de seamă la timp. Anxietatea (frica fără un motiv clar, ușor precizabil) reprezintă o modalitate de mobilizare a organismului pentru a putea face față unei situații dificile și, privită sub acest aspect, face parte din sindromul general de adaptare descris de savantul canadian Selye cu patru decenii în urmă. Se admite că, la fel ca și multe simptome psihiatrice care au corespundente în viața psihică normală, anxietatea devine patologică atunci cînd, din cauza intensității ei prea mari, ajunge fie să producă o suferință subiectivă importantă, fie să afecteze capacitatea persoanei de a face față, cu eficiența obișnuită, sarcinilor existenței de zi cu zi. Astfel, este normal ca un student să aibă un anumit grad de anxietate înaintea unui examen, dar nu mai este normal ca el, din cauza anxietății, să nu fie în stare să lege două cuvinte în fața examinătorului deși a pregătit materia în mod suficient de temeinic. Este normal să ne speriem de mașina care a apărut pe neașteptate, dar nu mai este normal să rămînem incremenți în calea ei, paralizați de teamă.

Depresia reprezintă o tristețe patologică. Depresia „normală” este reprezentată prin excelență de „reacția de doliu” - tristețea pe care o resimțim în urma decesului unei persoane dragi sau în urma unei alte pierderi importante. Depresia patologică se însoțește de o importantă scădere a activității sau, din contră, de o hiperactivitate neproductivă, lipsită de rezultate, de finalitate - consecință a asocierii clinice foarte frecvente a depresiei cu anxietatea. Pentru bolnav devin dificile chiar și cele mai banale activități, preocupările obișnuite nu-i mai fac plăcere, recompensele, succesele îl lasă indiferent, eventualele sale hobby-uri i se par lipsite de orice interes. Activitatea sexuală a bolnavului poate să diminueze pînă la dispariție.

Incapacitatea de a resimți plăcere sau de a se bucura, anhedonia caracteristică depresivilor poate merge pînă la ceea ce se numește „anestezie psihică dureroasă” - pacientul este conștient

de scăderea capacității sale de rezonanță afectivă și suferă din această cauză.

Depresiile cele mai frecvente sînt de intensitate moderată. Ele apar, de regulă, după unul sau mai multe evenimente psihotraumatizante, ceea ce denumim în limbajul de fiecare zi „necazuri” sau „supărări”. În multe cazuri aceste depresii se pot ameliora și de la sine, fără un tratament anume, chiar dacă mai lent decît dacă ar fi fost tratate. În alte cazuri depresia are un aspect „endogenomorf”, cînd (dincolo de o serie de controverse de strictă specialitate) ea se caracterizează printr-un număr de trăsături aparte: evoluție autonomă (adică evoluție puțin dependentă de diferitele modificări, evenimente din mediul înconjurător imediat al bolnavului), caracter „vital” (trăsătură greu de descris în cuvinte, legată de scăderea marcată a energiei, a „poftei de viață”, de pierderea oricăror perspective cit de cit optimiste sau - cel puțin - lipsite de pesimism, asupra propriei existențe), simptome somatice caracteristice (scăderea apetitului, scăderea în greutate, trezirile matinale - adică deșteptarea din somn mult înaintea orei cînd ar fi necesar, cu imposibilitatea readormirii -, constipație etc.), uneori simptome psihotice (în special delirante, pe tematici sumbre, triste, „Cassandra” - de ruină, de pierdere a oricărei valori a propriei persoane, de incurabilitate etc.). Depresiile endogenomorfe necesită tratament psihiatric specializat. Ele prezintă risc de sinucidere.

Depresiile „mascate” reprezintă o a treia varietate, caracterizată, în mod paradoxal, prin lipsa trăirii sentimentului de tristețe din partea bolnavului. Dacă i se adresează întrebări țintite, bolnavul relatează multe din simptomele caracteristice sindromului depresiv, dar răspunde că nu se simte „trist”.

Opusul sindromului depresiv este cel maniacal, mania, cu varianta ei mai puțin intensă, hipomania. În limbajul psihiatric mania desemnează o stare de euforie patologică, nejustificată sau disproporționată față de realitate, cu hiperactivitate dezordonată și cu logoree - vorbire rapidă, debit verbal simțitor accelerat. Pacientul se supraapreciază, se consideră puternic, admirat, „special”, hiperdotat spiritual și/sau material. Uneori afirmațiile bolnavului pot fi în flagrantă contradicție cu realitatea, de-a dreptul absurde. Într-o astfel de stare pacientul poate nesocoti regulile de conviețuire socială, normele de securitate a muncii, regulile de circulație, drepturile celor din jur, se poate angaja în cheltuieli exagerate, nesăbuite, în gesturi „altruiste” cu caracter neadecvat, în legături sentimentale superficiale și nepotrivite ș.a.m.d. Fobiile reprezintă sindroame psihotice extrem de răspîndite. Aproape orice om are o schiță de fobie - foarte multe femei se tem de soareci, copiii le este frică de tunet, de ciini, de cai, de unele păsări de curte etc. Șerpii și păianjenii se bucură de puțină popularitate printre oameni. Exemplele de mai sus se referă la fobiile „simple”. Există însă și fobii de numite locuri sau situații - de înălțimi, de subterane, de unele mijloace de transport, de lifturi etc.

Față de micile fobii ale persoanelor sănătoase, fobiile ca sindroame psihotice se caracterizează în primul rînd prin intensitatea mare a fricii pe care o inspiră confruntarea cu stimulul fo-

bic, intensitate atît de mare încît, nu în puține cazuri, bolnavul începe să evite sistematic toate situațiile în care ar fi posibil să se întâlnească cu obiectul fricii sale. Fobiile pot deveni astfel extrem de invalidante. Să ne gîndim la cei care se tem de mersul cu mijloacele de transport în comun sau la cei care nu pot părăsi domiciliul pentru că le este frică să meargă pe stradă. Fobiile sînt cu atît mai chinuitoare cu cît, în mod caracteristic, bolnavul își dă seama de faptul că teama sa este irațională, nejustificată, mult exagerată față de realitate, încearcă să lupte cu frica dar nu reușește decît cel mult pentru scurte durate de timp, tocmai pentru că fobia ca boală nu reprezintă o simplă „slăbiciune” individuală, ci un fenomen patologic distinct, cu propriile sale legități clinice determinate obiectiv și independente de voința individuală. A pretinde unui fobic să dea dovadă de „voință” și să își învingă fobia echivalează cu pretenția ca un bolnav de apendicită, de pneumonie sau de cancer să manifeste „tărie” și să se vindece singur. Tratarea fobiilor, inaccesibilă individului, este însă realizabilă de către medicul psihiatru în colaborare cu bolnavul.

Am vorbit pînă aici numai de cîteva dintre cele mai importante (și cele mai răspîndite) sindroame psihotice. Nu am intrat în nici un fel de amănunte despre tratamentul lor pentru că acesta este un subiect mult prea larg, destinat medicilor, adică celor care, în funcție de suferința fiecărui bolnav în parte, hotărăsc cea mai adecvată conduită terapeutică. Expunerea de mai sus este foarte sumară (de exemplu, nu am vorbit despre multiplele simptome de însoțire ale anxietății, despre formele de manie delirantă, despre anxietatea care survine sub forma „atacurilor de panică” etc.), pentru că scopul ei este doar acela de a familiariza pe cititor cu manifestările cele mai comune ale unor boli psihice de intensitate nevrotică (acestea alcătuiesc între 80 și 85 la sută din totalul patologiei psihotice), pentru a facilita adresarea la medic și obținerea unui tratament adecvat.

Nu mai medicul este în măsură să diagnosticheze boala psihică. Foarte mulți dintre noi, citind un articol cum este acesta, vor decide că suferă de una sau alta dintre bolile descrise. Nu mai medicul poate însă să diferențieze manifestările care, deși seamănă cu cele patologice, nu ies din cadrul extrem de larg al variantelor normalității, de acele fenomene care, prin asocierile psihopatologice pe care le prezintă, prin intensitatea și particularitățile fenomenologice pe care le au, prin circumstanțele de apariție și evoluție, precum și printr-o serie de alte elemente, trec în domeniul patologicului și, ca atare, necesită un tratament de specialitate.

Este imperios necesar să subliniem, în încheiere, că psihiatria modernă devine din ce în ce mai mult un domeniu al optimismului terapeutic. În special dacă este vorba despre sindroamele descrise anterior, se poate afirma că în cele mai multe cazuri ele sînt nu numai tratabile (există tratamente specifice pentru ele), ci sînt și curabile (tratamentele respective înregistrează o mare proporție de succese).

Dr. Lucian C. ALEXANDRESCU
Institutul de neurologie și psihiatrie
București

APELUL UNUI MEDIC CĂTRE FAMILIE

Cînd se produce un dezechilibru în starea sănătății cuiva, cel afectat se adresează unui medic de specialitate. Acesta, pentru rezolvarea efectivă a cazului, apelează de cele mai multe ori și la specialiști din ramurile adiacente, recurge la un consult. Așa îi impune etica profesională. Medicul psihiatru procedează la fel, în bolile psihice aparînd adesea și componente psiho-organice sau somatice. Dar el se simte dator să apeleze nu numai la specialiști, ci și la cei care, indiferent de profesiune sau grad de rudenie, iau contact, în mediul lor, cu un bolnav psihic. Psihiatria este o știință a medicinei cu granițe fluctuante, interferîndu-se deseori cu științele umaniste, cu cele tehnice, cu istoria existenței omenirii, cu tot ceea ce omul a reușit să dobîndească de-a lungul existenței sale. E un domeniu al sensibilității.

Educația sanitară, al cărei scop este nu numai de a informa, ci și de a forma conștiința, are în vedere și acest aspect. Boala psihică trebuie privită cu înțelegere; e o boală ca oricare alta, dar, firește, cu specificul ei. De aceea, psihiatrul apelează la omenia și puterea de pătrundere a celor din mediul bolnavului. Să-și dea silința să cunoască adevăratul aspect al problemei și să contribuie apoi la ușurarea suferinței.

Cu înțelegere și răbdare ni-l putem apropia pe cel susceptibil, retras, cu tendința de izolare. O vorbă de încurajare îi insuflă elan vital. Atitudinea noastră poate influența, de asemenea, pe expansiv, atît de obositor de multe ori, sufocant, greu de suportat. Prin tact și vădită simpatie, nesimulată, îl putem integra grupului social.

Bolnavul psihic nu trebuie privit ca un stigmatizat. Pentru cei în cunoștință de cauză nu-i greu

de imaginat starea psihică a unui epileptic, de pildă. Cu statut de om „normal”, el caută în permanență să-și ascundă, să nu-și trădeze „secretul”, e dominat de groaza „crizei” iminente, care îl va exclude din comunitate. În același timp, îl terorizează gîndul că s-ar putea să cadă pe stradă, în fața mașinilor, sau acasă, peste aragazul aprins, dacă nu cumva îl va surprinde criza în somn și se va sufoca... Închipuiți-vă groaza conștiință că își va pierde statutul în fața comunității, că îi e viața în primejdie, gîndul că ar putea comite unele fapte fără să știe... Închipuiți-vă dorința lui, atît de firească, de a fi asemenea celorlalți, recunoașterea nemărturisită a înstrăinării sale.

Această trăire o trădează urechea mutilată a lui Van Gogh, luminozitatea explozivă a pinzelor sale. Această trăire răzbate în sumbra atmosferă dostoevșchiană. Cumplicită luptă cu sine însuși, zi de zi, duce la ambivalența îndrăgostitului care, din teamă și complexe, distruge imaginea propriei pasiuni.

De aceea consider că educația sanitară în domeniul psihiatriei trebuie să aibă și un caracter formativ; să operăm în conștiința oamenilor, să-i facem părtași la acțiunea de salvare a unor suflete chinute. Cred că noi, medicii psihiatri, avem și datoria morală de a pleda pentru reabilitarea bolnavilor psihici și reinserarea lor grupului social căruia aparțin.

De aceea fac apel la toți oamenii de bună creștință de a înțelege și a ajuta acești bolnavi.

Dr. Tudor GIURGIUCA
Institutul de neurologie și psihiatrie
București

PANENCEFALITA SCLEROZANTĂ SUBACUTĂ

Este o boală degenerativă particulară a sistemului nervos central. Afectează cu predilecție copilul, adolescentul și adultul tînr, avînd o evoluție variabilă atît în timp, cit și în ce privește tabloul clinic, de la primele manifestări ale bolii și pînă la deces. A fost descrisă pentru prima dată în literatură de Dawson în 1933 și apoi de van Bogaert, Pette și Döring în 1939.

Ipoteza etiologiei virale a afecțiunii, formulată de Dawson, a fost confirmată în 1965 de studiile lui Bouteille și colaboratorii, care au reușit evidențierea, prin tehnici de microscopie electronică, a virusului rujeolos în țesutul cerebral al cazului explorat. Acest virus are o mare variabilitate și o mare adaptabilitate. Astfel, el se transformă din virusul cu incisivitate deosebită care dă rujeola, într-un virus lent (slow virus).

Relația PESS-rujeolă fiind stabilită, boala este inclusă în categoria encefalitelor cu virus lent, perioada de incubație, de la momentul producerii exantemului rujeolos pînă la apariția primelor manifestări clinice de PESS fiind de ordinul anilor.

În prezent, se prezumă că PESS se produce

datorită contactului dintre virusul rujeolos cu o gazdă prezentînd un teren imunitar deficitar. Teoria virusului defectiv, a retro-virusului este din ce în ce mai mult vehiculată. Limfocitul B fiind considerat gazda virusului, aici se produce mutația în lanțurile ARN viral. Virusul defectiv rămîne cantonat în limfocitul circulant, fără expresie clinică o lungă perioadă de timp, pînă ce un factor favorizant de tipul infecție intercurrentă, traumatism cranio-cerebral etc. permeabilizează bariera hemato-encefalică, permițînd transferul complexului limfocit-virus defectiv în sistemul nervos central, parazitîndu-l și declanșînd astfel procesul degenerativ ireversibil.

Potrivit datelor statistice internaționale, se apreciază că dintre 100 000 de copii care au avut rujeolă, doar unul se va îmbolnăvi de PESS, iar dintre cei vaccinați împotriva rujeolei proporția este de 1 la un milion.

Incubația, adică durata de la îmbolnăvire pînă la apariția primelor semne clinice, este între 4 și 7 ani, durata bolii fiind între 6 luni și 6-7 ani, în care timp se produce o degradare ireversibilă, cu modificări ale structurii creierului.

(continuare în pag. 156)

OMUL CA MEDICAMENT

Ordonate pe o axă imaginară, persoanele din jurul nostru pot fi grupate la doi poli: la un pol, persoane perfect sănătoase, active, eficiente, mulțumite de ele însele și de modul în care își desfășoară viața, iar la celălalt pol, persoanele intrate în domeniul de preocupare al medicinei, care, dintr-un motiv sau altul, au nevoie de medic și medicamente.

Prin raportare, însă, la această axă teoretică, în care distincțiile sănătate-boală sînt tranșante, observația cotidiană (și nu rareori autoobservația) evidențiază întinse „zone de tranziție” între idealul normalității psihice și boala manifestă.

Majoritatea oamenilor se înscriu în limitele acestei „zone incerte”, în care apar și dispar o multitudine de probleme personale, mai mult sau mai puțin grave, așa-numitele probleme de viață. Fără a căpăta (de cele mai multe ori) severitatea unei boli psihice, problemele psihologice sînt inerente existenței fiecăruia dintre noi. Ele se pot manifesta sub forma dificultăților în relațiile cu familia, a sentimentelor cronice de insatisfacție, a unor moduri de comportare pe care individul le adoptă, deși le dezaprobă, a eșecurilor sentimentale sau școlare, aparent inexplicabile.

Există o infinitate de situații de viață în care, în ciuda eforturilor de înțelegere și a ajutorului acordat de familie și prieteni, unii oameni simt că nu mai pot face față, sînt cuprinși de descurajare, teamă, furie neputincioasă sau apatie, incapabili să-și realizeze dorințele și, totodată, incapabili să renunțe la scopuri care le depășesc posibilitățile. Starea de tensiune emoțională, în singurarea, incapacitatea crescîndă de a funcționa „normal” în tot mai multe domenii ale vieții nu sînt deloc de neglijat, deși nu constituie stări de boală propriu-zisă. Ingrijorat el însuși și provocînd îngrijorarea celor din jur, adolescentul „decepcionat”, adultul care se consideră ratat, femeia singură, „fără noroc”, vîrstnicul proaspăt pensionat și care se vede inutil nu se consideră bolnavi și de aceea nu solicită ajutor psihiatric.

Și pe bună dreptate! Deși numărul medicamentelor psihotrope cunoscute și utilizate în prezent depășește numărul medicamentelor folosite în toate celelalte specialități medicale, nu s-au descoperit încă „pilule pentru fericire”, substanțe a căror administrare să-ți schimbe cursul vieții.

Excluzînd în mod logic ipoteza bolii psihice, persoana cu probleme psihologice adoptă una din alternativele următoare: ideea că timpul va rezolva totul de la sine sau, dimpotrivă, oricum insolubile, problemele respective vor trebui purtate și suportate toată viața. Cu atît mai mult, cu cît a cere ajutor (prietenilor sau unui specialist) pentru probleme personale este considerat în mod greșit un semn de slăbiciune. Or, atitudinea de resemnare este o falsă soluție, asemănătoare cu aminarea tratamentului stomatologic pînă la edentația totală.

Atitudinea exprimată prin formula „nu mă duc la psihiatru, pentru că voi fi considerat nebun și știu bine că problemele mele nu se vor rezolva cu medicamente” ignoră existența unor metode de tratament practicate de peste o sută de ani. Este vorba de metodele de psihoterapie, în care locul pastilei este deținut de cuvînt.

Termenul de psihoterapie conotează o mare varietate de tehnici al căror scop comun este acela de a ajuta persoanele cu tulburări emoționale să-și modifice comportamentul și atitudinile astfel încît să poată duce o viață mai echilibrată și mai satisfăcătoare. Practic, este vorba de un dialog de durată, în cadrul unei relații particulare (psiholog sau psihiatru, pe de o parte, și persoana suferîndă, pe de altă parte). Un dialog deschis, condus după un plan urmărit sistematic de către psihoterapeut, în care „pacientul” este încurajat să-și exprime liber cele mai intime trăiri, emoții, neliniști, fără teama că va fi judecat, disprețuit sau blamat. Într-o atmosferă de înțelegere empatică, de suport, obiectivitate și competență, „pacientul” își expune suferințele, clarifică unele probleme, ajunge adesea la reformulări, la moduri noi de a-și înțelege situația, la soluții pe care singur nu le-ar fi întrevăzut niciodată. Intreaga activitate desfășurată în cadrul psihoterapiei este localizată în direcția producerii unor schimbări emoționale și comportamentale în sensul creșterii gradului de maturizare și autocontrol al pacientului. De aceea, beneficiarul unei intervenții psihoterapeutice poate fi orice om, capabil să se autoexamineze cu atenție și onestitate și să accepte că o mare parte din problemele sale își au sursa în însăși persoana sa. Menționăm că asemenea cabinete de consultații psihologice, consilieri și psihoterapie sînt nu numai în spitalele psihiatrice, ci și în unele policlinici din capitală.

Dar psihoterapia ca metodă de tratament are anumite exigențe nu numai față de cel care o solicită, ci și față de cel care acordă un ajutor specializat. Psihologul clinician sau psihiatrul angajat în terapii psihologice își folosește întreaga personalitate, iar rolul său poate fi comparat cu acela al unor medicamente cu acțiune prelungită.

Mai dificilă și de mai lungă durată decît administrarea medicamentelor, psihoterapia este una din modalitățile la care pot recurge atît oamenii sănătoși cu probleme, cît și persoanele ale căror probleme izvorăsc dintr-o situație de boală. Cu condiția de a solicita ajutorul medicului sau psihologului, a unui „om-medicament”.

Doctor în psihologie
Aurelia IONESCU

Spitalul „Dr. Gh. Marinescu”, București

(urmare din pag. 154)

PESS-ul nu este o maladie contagioasă, deși am întâlnit coincidențe: de exemplu, 2-3 copii bolnavi care locuiau pe aceeași scară de bloc.

În general, primele semne de boală sînt observate de către profesori, la școală, mai ales la începutul primului an de învățatură, dar pot fi remarcate și de către părinți, semne ce arată o deteriorare psihică progresivă; scăderea memoriei recente, imposibilitatea efectuării unor calcule elementare, scăderea capacității de concentrare a atenției. Mai apar tulburări de mers și de vorbire, uneori se asociază o agitație psiho-motorie. Alteori starea generală se alterează, copilul devenind apatic, abulic, și poate ajunge la stări stuporoase și chiar la comă. Tot în prima perioadă a bolii apar tulburări de comportament, de mers, de personalitate. Apoi, în unele cazuri, scăderea acuității vizuale, datorită edemului cerebral prin care se produce compresiunea nervilor optici. După câteva luni de evoluție apare semnul cel mai caracteristic, care, însă, nu este prezent la toți bolnavii, și anume mioclonia axială, care constă într-o flectare bruscă a capului și trunchiului, concomitentă cu suspendarea stării de conștiință, cu sau fără cădere. Crizele se pot repeta de zeci de ori pe zi, nefiind suspendate de somn. Se aseamănă cu o formă de epilepsie, fără să poată fi influențată de vreun medicament anticonvulsiv. Alte semne sînt interpretate ca fiind generate de tumori cerebrale, copii fiind trimiși la neurochirurgie. De altfel, adesea, PESS-ul este confundată cu alte maladii neurologice, cum ar fi și leucodistrofiile sau modificările degenerative genetice sau de altă natură ale creierului.

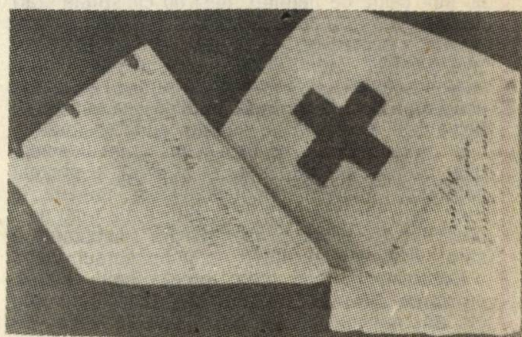
Tratamentul încă nu e pus la punct, deși există unele medicamente care, aplicate într-un stadiu inițial al bolii, dau rezultate favorabile la aproximativ o treime din pacienți, care își reiau activitatea pentru o perioadă de cel puțin 10 ani.

În ceea ce privește profilaxia afecțiunii, părerea sînt unanime, în sensul conjugării eforturilor spre o vaccinare riguroasă antirujeoloasă, al cărei efect ar fi o scădere importantă a incidenței rujeolei și implicit a numărului cazurilor de PESS. Vaccinarea trebuie făcută întregii populații de copii după vîrsta de un an, respectîndu-se strict indicația majoră, recomandată de producătorii vaccinului, ca inocularea să fie făcută numai în intervalul de timp de 20-25 de minute de la deschiderea fiolei, deoarece după aceea vaccinul se inactivează, devenind inefficient. Pe de altă parte, se cere supravegherea epidemiologică a întregii populații, în special a celor care au avut rujeolă și consemnarea cazurilor cu multă conștiinciozitate. Am întâlnit, în practica noastră, mulți părinți care nu șiau dacă fiul sau fiica lor a avut sau nu rujeolă.

În momentul de față epidemiologi, neurologi, virusologi, imunologi, precum și alți specialiști, sub egida Academiei de Științe Medicale din țara noastră, cooperează pentru descoperirea mecanismelor patogene ale bolii, pentru elucidarea datelor care încă mai sînt necunoscute, în ultimă instanță pentru salvarea copiilor ce suferă de această boală care face încă multe victime.

Dr. George POPESCU-TISMANA

șeful Secției de neurologie infantilă
a Spitalului „Dr. Gh. Marinescu”, București



UN RAPORT PENTRU UMANITATE

Îngrijorat de evoluția situației internaționale, un reprezentant al mișcării umanitare declara: „Se inventează noi și teribile mijloace de distrugere cu o perseverență demnă de cauze mai bune, iar inventatorii acestor mașini ucigătoare sînt aplaudați și încurajați, în majoritatea statelor puternice din Europa, unde fiecare încearcă să se înarmeze mai bine decît celălalt”. Referindu-se la noile arme de distrugere în masă, care pun în pericol viața și sănătatea oamenilor, pacea și stabilitatea planetei, el sublinia caracterul inuman al conflagrațiilor, recunoscînd că datorită lor „oamenii au ajuns în stadiul în care se omoară fără să se urască, iar culmea gloriei și cea mai frumoasă dintre arte este de a se extermina unii pe alții”.

Dincolo de aceste luări de poziție principale, interesul presei și al oamenilor politici a fost stîrnit de considerațiile sale referitoare la consecințele războiului modern asupra populației. Astfel, el a arătat că „dacă noile și teribilele mijloace de distrugere de care dispun acum popoarele lasă să se întrevadă că în viitor durata războaielor va fi mai mică, se pare că, în schimb, bătăliile vor fi mult mai ucigătoare”.

Cel ce face aceste declarații s-a întors recent din mijlocul unei înclătări militare și a adus cu el imagini de coșmar desprinse de pe cîmpurile de luptă părăsite de armatele în conflict: „Lanurile de giru și de porumb sînt culcate la pămînt, gardurile dărîmate, livezile pustii și din loc în loc se găsesc băltoace de sînge. Satele sînt pustii și poartă urmele ravagilor făcute de gloanțe, proiectile, grenade și obuze. Pereții caselor sînt subrezi și găuri de proiectile care au lăsat în urma lor mari spărturi. Locuitorii, care au petrecut aproape 200 de ore în pivnițe, fără lumină și fără hrană, încep să iasă afară. Aerul lor înmărmurit găsește de la sine despre marea spaimă prin care au trecut. Terenul era presărat cu puști, ranite, cartușiere, gamele, chipiuri, cartușe, șepci, bonete, centuri, în fine, cu tot felul de obiecte de echipament și chiar și resturi de îmbrăcăminte pătate cu sînge, precum și cu mormane de arme rupte. Nefericiții răniți, adunați în tot cursul zilei, sînt palizi, livizi, zdrobiți; unii, în special cei mutilați, au priviri năuce și lasă impresia că nu înțeleg ce se spune; privirea le e rădăcită, dar această stare de aparentă prostrație nu-i împiedică să simtă durerea; alții, neliniștiți și agitați, victime ale unui traumatism psihic, sînt cuprinși de convulsii, cu rănile larg deschise și inflamate, sînt inebuniți de durere și cer să fie uciși, zvîrcolindu-se cu fețele contractate, în ultimele spasme ale agoniei. În alte locuri sînt cei ce nu numai că au fost loviți de gloanțe sau de schije și aruncați la pămînt dar s-au ales și cu brațele sau picioarele rupte de roțile pieselor de artilerie care au trecut peste ei”.



Totuși, după opinia sa, „starea de spirit din Europa, fără a mai aminti și de alți indicatori, poate conduce la prevenirea unor asemenea războaie ce par inevitabile într-un viitor mai mult sau mai puțin apropiat.” Chiar și în această situație caracterul declarațiilor sale este optimist, evidențiind încrederea în rațiunea umană și în umanism: „Într-o epocă în care se vorbește atît de mult de progres și civilizație și în care, din nefericire, războaiele nu pot fi întotdeauna evitate, nu este oare imperios să se insiste în vederea încercării, într-un spirit umanitar și de adevărată civilizație, de a le preîntîmpina sau măcar de a le atenua grozăviile?”. În concluzie, pronunțîndu-se pentru o Conferință Internațională care să dezbată problema păcii, el a spus: „De ce să nu profităm de o perioadă de calm relativ pentru a studia și a încerca să soluționăm o chestiune de importanță universală din punct de vedere umanitar?”.

Cel ce ce a făcut aceste afirmații se numea Henry Dunant.

Se împlinesc 125 de ani de atunci.

Cristian IONESCU

CRUCEA ROȘIE

125 de ani



În urmă cu 125 de ani, în orașul de pe malul lacului Lemán a luat ființă prima organizație internațională cu vocație umanitară, pe care trecerea timpului, și odată cu aceasta amplificarea pericolelor și a suferințelor umane, avea s-o transforme într-o amplă mișcare de masă, plenar implicată în marile frământări ale epocii contemporane.

Etnogeneza sa începe cu data, consemnată în istoriografie, de 20 iunie 1859.

Era o zi caniculară de vară.

De 48 de ore singele nu mai conținea sâ curgă. De două zile și două nopți trupele franceze și italiene, comandate de împăratul Napoleon al III-lea, desfășurau o luptă înrădăcită, pe viață și pe moarte, pentru a salva Italia de dominația austriacă. În acest sinistru peisaj de apocalips își face apariția un cetățean genevez, omul de afaceri Jean Henry Dunant.

Reîntors la Geneva, Dunant este frământat de o idee: să suscite în fiecare țară interesul pentru crearea unei societăți de ajutorare a răniților militari, care, în caz de război, să colaboreze cu serviciile sanitare ale armatei. În acest scop, el scrie o tulburătoare carte, mesaj asupra singeroaselor evenimente petrecute în Italia, intitulată „O amintire de la Solferino”, care răscolește conștiințele Europei și efectul este uluitor.

În această atmosferă de efervescență, patru entuziaști concetățeni se alătură lui Henry Dunant. Aceștia sînt: Guillaume-Henry Dufour, general, veteran din războaiele napoleoniene; Gustave Moynier, avocat de renume, și doi medici – Theodor Maunoir și Louis Appia. La 17 februarie 1863 ei își denumesc grupul „Comitetul internațional și permanent de ajutorare a răniților militari” (viitorul C.I.C.R.). Cîteva luni mai tîrziu, Comitetul convoacă la Geneva, pentru 26 octombrie 1863, o conferință internațională, la care invită medici și funcționari din 16 state. Timp de trei zile, aceștia au dezbătut problema serviciilor sa-

nitare în armatele în campanie și au pus bazele Crucii Roșii.

Drept omagiu adus țării gazdă, la propunerea generalului Dufour, participanții la Conferință au hotărît ca steagul elvețian – o cruce albă pe fond roșu – avînd culorile inversate – o cruce roșie pe fond alb – să devină emblemă a personalului sanitar și a persoanelor protejate – răniți și bolnavi – pe cîmpurile de luptă.

Au început să se constituie primele societăți de ajutor, care ulterior au devenit societăți naționale de Cruce Roșie.

Inițial obiectivele lor erau limitate. Văzîndu-se însă rolul pe care l-au jucat aceste societăți în timpul deselor conflicte de la sfîrșitul veacului trecut și mai ales în primul război mondial, s-a hotărît extinderea activității lor și la ameliorarea suferințelor în timp de pace. Astfel, în baza hotărîrilor Conferinței medicale internaționale de la Cannes (1-11 aprilie 1919), la 5 mai 1919 a fost înființată, la Paris, Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, un fel de federație a mișcării de Cruce Roșie, care avea trei principale obiective: încurajarea creării în fiecare țară a unei organizații naționale de Cruce Roșie; lupta pentru bunăstarea umanității; coordonarea eforturilor în caz de calamități naturale naționale și internaționale. În acest ultim scop au fost create antrepozite internaționale de rezerve, o rețea de telecomunicații și un fond de ajutoare.

La cea de a XIII-a Conferință Internațională a Crucii Roșii, din 1928, care s-a ținut la Haga, întreaga Mișcare internațională de Cruce Roșie a fost organizată pe baza unui Statut adoptat cu acest prilej. La o altă conferință internațională, desfășurată la Toronto în 1952, cu prilejul revizuirii Statutului din 1928 s-au delimitat atribuțiile și sferile de activitate ale Comitetului Internațional al Crucii Roșii (C.I.C.R.) și cele ale Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, primul acționînd exclusiv în timp de război sau

conflict armat, iar cea de a doua numai în timp de pace. În 1886, cea de a XXVI-a Conferință Internațională de la Geneva a decis schimbarea numelui de „Crucea Roșie Internațională” în „Mișcarea Internațională de Cruce Roșie”.

CONVENȚIILE DE LA GENEVA

Încă de la înființarea sa, C.I.C.R. și-a fixat ca obiectiv ameliorarea, în drept și în fapt, a soartei victimelor de război. La inițiativa sa, la 8 august 1864 Confederația Helvetică a convocat la Geneva o Conferință diplomatică, cu care prilej, după șapte ședințe, s-a adoptat, la 22 august, „Convenția pentru ameliorarea soartei militarilor răniți din armatele în campanie”.

În calitatea sa de intermediar neutru între beligeranți, C.I.C.R. i s-a încredințat, în timp de conflict armat, o funcție de protecție a victimelor de război – răniți, bolnavi, naufragiați, prizonieri și populație civilă. În timpul războaielor care au avut loc între 1864 și 1914, sub emblema Crucii Roșii, medici, infirmieri, donatori etc. s-au străduit să amelioreze suferințele provocate de război. Așa s-a întâmplat în războiul dintre Prusia și Danemarca din 1864, în războiul dintre Prusia și Austria din 1866, în războiul dintre Franța și Prusia din 1870-1871, în timpul războiului româno-ruso-turc din 1877, în războiul hispano-american din 1898 și în cel ruso-japonez din 1904-1905. Și, în timp ce Crucea Roșie își extinde sfera de activitate în întreaga lume, în timp ce sub emblema sa mii de bărbați și femei trimiși pe cimpuri de bătălie ameliorează suferințele, tot la inițiativa sa juriști și diplomați au fost invitați să adopte norme de conduită între beligeranți pentru a pune stavilă exceselor de cruzime pe teatrele de operațiuni militare. Mai întâi în 1899, apoi în 1907, cele două Conferințe de pace de la Haga adoptă un corp de „legi și obiceiuri ale războiului”, care introduc o serie de interdicții și limite atât în ceea ce privește alegerea mijloacelor de vătămare a inamicului, cât și a modului de desfășurare a luptelor terestre și navale și stabilesc raporturile dintre beligeranți și statele neutre.

Fondindu-și activitatea pe aceste norme, C.I.C.R. a constituit în primul război mondial, un real ajutor pentru milioane de oameni din toate părțile lumii internați în spitale, îngrămădiți în lagăre sau deportați la muncă forțată. Agenția Centrală a Prizonierilor de Război, creată în 1914 de C.I.C.R., se compunea din 1 200 de voluntari, care, în timpul celor 57 de luni de război și-a adus un substanțial aport la ameliorarea soartei victimelor de război (primea zilnic circa 3 000 de scrisori; a distribuit două milioane de pachete, conținutul a două mii de vagoane de ajutoare colective).

Dar evoluția mijloacelor și tehnicilor de război a adus către o asemenea putere de distrugere, încât normele existente nu mai puteau asigura o protecție cât de cât convenabilă nici combatanților și cu atât mai puțin victimelor de război și mai ales populației civile. C.I.C.R. a depus un efort constant pentru adaptarea normelor de drept existente la noile circumstanțe și elaborarea de noi norme. Astfel, imediat după crearea Societății Națiunilor, C.I.C.R. a adresat primei se-

siuni a Adunării Societății Națiunilor sugestii menite a duce la scoaterea în afara legii internaționale a unor mijloace și metode de luptă deosebit de crude, cum ar fi folosirea gazelor asfixiante, care în timpul primului război mondial au făcut circa 1 300 000 de victime și a bombardamentelor aeriene împotriva populației civile.

Se cerea, de asemenea, definirea conceptului de „localități neapărate”, concept consacrat în a IV-a Convenție de la Haga, din 1907, privind legile și obiceiurile războiului terestru. În 1921, în cadrul celei de a X-a Conferințe Internaționale a Crucii Roșii, C.I.C.R. invită guvernele să încheie acorduri care să completeze și să dezvolte prevederile acestei Convenții.

De asemenea, în urma refuzului unor state de a ratifica Codul privind limitarea bombardamentelor aeriene, elaborat la Haga în 1923 de comisia juriștilor, C.I.C.R. a reunit sub auspiciile sale, în 1928 și 1931, patru comisii de experți pentru a căuta mijloacele internaționale apte a proteja populația civilă împotriva războiului chimic și bacteriologic, precum și contra războiului în general. Concluziile Comisiei au fost supuse de C.I.C.R., în 1931, primei conferințe pentru reducerea și limitarea armamentelor, convocată de Societatea Națiunilor. În raportul adresat conferinței pentru dezarmare din 1932-1934 se cerea interzicerea tuturor bombardamentelor aeriene contra centrelor populate.

Insuccesul acestei tentative a antrenat eforturile C.I.C.R. într-o altă direcție: organizarea unor „localități, zone sanitare și de securitate”. Este cunoscut că în 1938, în urma unui apel al Conferinței internaționale a Crucii Roșii, Adunarea Societății Națiunilor a adoptat o rezoluție prin care condamna energetic bombardarea intenționată a populației civile și reamintea statelor obligațiile care le incumbă privind măsurile ce trebuie luate în cazul bombardării obiectivelor militare. Acțiunea era strâns asociată la ideea de a dezvolta un sistem de norme juridice care să protejeze victimele de război. Dar, pe măsură ce conflictele armate cresc în amploare și în intensitate și datorită dezvoltării mijloacelor și a tehnicii de luptă, apare și necesitatea unor codificări mai ample. Aceasta, mai ales, după primul război mondial.

La 12 martie 1940, la puțin timp după izbucnirea celui de-al doilea război mondial, Comitetul Internațional al Crucii Roșii a adresat un apel statelor prin care le propunea să confirme imunitatea generală a populației civile și să definească obiectivele militare, să renunțe la bombardamentele nediscriminate și să se abțină de la represalii. Aprobând formal de 14 state, printre care și de principalii beligeranți, apelului nu i s-a dat nici o urmărire practică. El a fost reinnoit în câteva rânduri – la 12 mai 1940, la 23 iulie și 30 decembrie 1943 –, însă, de asemenea, fără succes.

Evenimentele trăite de omenire în cursul celui de-al doilea război mondial și chiar în perioada care a urmat au determinat C.I.C.R. să-și intensifice și să-și diversifice formele de acțiune. El s-a angajat într-o nouă etapă a dezvoltării Dreptului Internațional Umanitar. La inițiativa sa la 12 august 1949 au fost elaborate cele 4 Convenții de la Geneva cu privire la victimele de război, în baza cărora statele s-au angajat să îngrijească răniții, bolnavii și naufragiații, proprii și dușmani, în

mod egal, să respecte ființa umană, onoarea sa, drepturile de familie, să interzică tratamentele inumane sau degradante, luarea de ostateci, tortura, execuțiile, deportările, jafurile, actele de violență, distrugerea bunurilor populației civile etc.

Aceste convenții au conferit C.I.C.R. o serie de funcții, la loc de frunte înscriindu-se protecția victimelor în conflictele internaționale. În acest sens, C.I.C.R. se preocupă de prizonierii și inter-nații civili, a căror soartă se străduiește să o amelioreze. În baza art. 26, alin. 4 din Convenția a III-a, el organizează vizite în lagărele de inter-nare și intervine pe lângă puterile deținătoare pentru a propune ameliorări pe care le consideră necesare. El a trimis comisii de anchetă pentru a negocia și a organiza repatrierea prizonierilor și a internaților civili, cu prioritate a răniților și bolnavilor.

O instituție foarte apreciată de C.I.C.R., un fel de organ al acesteia – Agenția Centrală de Informații –, strânge și comunica date, făcea fișe asupra deținuților, prizonierilor, morților etc. Astfel, la sfârșitul celui de al doilea război mondial, aceste date totalizau 53 de milioane de do-sare. Printr-un acord încheiat după cel de-al doilea război mondial cu R.F. Germania, Franța, Anglia și S.U.A., C.I.C.R. a fost însărcinat să condu-că un serviciu privind persoanele deținute în lagărele germane. C.I.C.R. acționează, de aseme-neia, în favoarea populației civile aflate pe terito-riul inamic sau sub regim de ocupație, încercând să prevină abuzurile puterii de ocupație și să acorde un ajutor material și medical persoanelor care au nevoie. Convențiile de la Geneva din 1949 conferă C.I.C.R. funcția de substitut al pute-rilor protectoare, precum și un rol activ în menți-nerea păcii. Una din sarcinile C.I.C.R. este de a acorda asistență populației civile, care, din cauza războiului a fost nevoită să-și părăsească țara de origine.

DEZVOLTAREA DREPTULUI INTERNAȚIONAL UMANITAR

Cu toată amploarea pe care a luat-o, activita-tea C.I.C.R. nu a putut acoperi în întregime cim-pul suferințelor umane, și aceasta pentru moti-vul că acțiunea celor patru Convenții de la Ge-neva din 1949 cu privire la victimele de război, deși conținea în corpul lor un vibrant mesaj de pace, de omenie, era îndreptată spre diminuarea efectelor războaielor și nu spre zădărnicierea lor.

Numeroasele conflicte armate izbucnite în pe-rioda postbelică, ale căror principale victime au fost cu precădere civilii, războaiele duse de pu-terile coloniale împotriva popoarelor care s-au ridicat la luptă pentru cucerirea independenței au pus comunității internaționale noi sarcini: de a asigura o protecție eficientă populației și per-soanelor civile și a facilita accesul la indepen-dență al tuturor popoarelor care se află sub do-minație colonialistă, străină sau rasistă. La ini-tiativa C.I.C.R., în 1977 s-au pregătit două proiecte; în acest sens, la Geneva a fost convocată o confe-rință diplomatică pentru reafirmarea și dezvoltarea Dreptului Internațional Umanitar, încheiată cu două importante documente: Protocolul adi-tional la Convențiile de la Geneva din 12 august

1949 relativ la protecția victimelor conflictelor armate internaționale (protocolul I) și Protocolul adițional la Convențiile de la Geneva din 12 au-gust 1949 relativ la protecția victimelor conflicte-lor armate neinternaționale (protocolul II).

Marea însemnătate a acestor protocoale re-zidă în faptul că asigură, pentru prima dată, o protecție juridică mai deplină populației civile, conferă statut internațional, implicit protecție, luptelor duse de popoare împotriva dominației coloniale, străine și rasiste, și este, de aseme-neia, primul document juridico-diplomatic inter-național care interzice utilizarea de arme și me-tode de distrugere în masă.

În ultima vreme C.I.C.R. este tot mai mult implicat în rezolvarea marilor frământări ale epocii noastre. Astfel, numeroase rezoluții și activități promo-vate la Conferințele Internaționale vizează înfăp-tuirea dezarmării, în primul rând nucleare, lupta pentru pace, soluționarea problemei refugiaților, reprimarea politicii de apartheid și discriminare rasială, lichidarea efectelor subdezvoltării ș.a.

Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie și-a extins și ea sfera de acțiune, contribu-înd cu din ce în ce mai multă eficiență la ajuto-rarea victimelor catastrofelor naturale (culege-rea de informații, analiza situației și a necesită-ților societăților naționale de Cruce Roșie, lansarea apelurilor de sprijin pe plan internațional, coordonarea cooperării, transportul și depozita-rea materialelor necesare operațiunilor de ajuto-rare), precum și a refugiaților și populațiilor ci-vile care își părăsesc țara ca urmare a războaie-lor și calamităților. Liga sprijină, de asemenea, activitățile societăților naționale în domeniile să-nătății și prevederilor sociale.

La 4 iulie 1876, la București a luat ființă Socie-tatea de Cruce Roșie din România, numărându-se printre puținele existente în acea vreme. În cei 112 ani de existență, ea s-a afirmat ca o pre-zentă activă și viguroasă în peisajul mișcării in-ternaționale de Cruce Roșie. La numai un an de la înființare a contribuit la alinarea suferințelor pe teatrele de luptă ale războiului pentru cucer-irea independenței de stat, apoi ale primului răz-boi mondial, în bătăliile din timpul revoluției de eliberare socială și națională antifascistă și anti-imperialistă de la 23 august 1944 și pînă la sfir-șitul războiului antifascist.

Numărînd peste 7,5 milioane de membri, So-cietatea de Cruce Roșie din România a devenit în anii construcției socialiste o largă organizație de masă, care aduce o importantă contribuție la în-făptuirea politicii în domeniile ocrotirii sănătății, al educării sanitare a populației, al promovării normelor de igienă în viața socială, precum și în sfera cooperării internaționale.

Prezentă la marile dezbateri organizate în ca-drul Mișcării mondiale de Cruce Roșie, Socie-tatea de Cruce Roșie din Republica Socialistă România, dînd curs indicațiilor și orientărilor președintelui Nicolae Ceaușescu, militează către canalizarea tuturor eforturilor în direcția unei lumi a păcii și securității, a unei lumi lipsite de arme și conflicte armate, în direcția lichidării tu-turor pericolelor care generează atîtea suferințe umane.

Dr. Ionel CLOȘCA

CRUCEA ROȘIE ȘI PACEA

Între 1945 și 1988 au fost doar 26 de zile fără ostilități armate. De la încheierea celui de al II-lea război mondial au avut astfel loc peste 150 de conflicte regionale în care și-au găsit moartea milioane de oameni, marea majoritate a acestora fiind necombatanți: femei, copii, persoane neangajate în nici un fel în ansamblul acțiunilor armate.

O situație care a impus prezența Crucii Roșii pe fronturi de luptă de pe aproape toate continentele, în baza Convențiilor de la Geneva din 12 aprilie 1949. Contribuția sa umanitară a fost mereu și o contribuție la cauza păcii, a cooperării și înțelegerii. Noianul de amenințări cu noi și noi flageluri, ca urmare a acumulării unor arsenale militare cu arme din ce în ce mai distrugătoare, a evidențiat acțiunea nediscriminatorie a armelor chimice, bacteriologice și a celei nucleare asupra populației. Ideilor tradiționale ale Crucii Roșii despre „promovarea spiritului de pace” și de „combateră a spiritului războinic care planează încă asupra lumii” – afirmate încă în anul 1919 la Conferința de la Paris – li s-au adăugat altele pe măsura problemelor nou apărute. În condițiile în care acumularea de arme – clasice, moderne – a ajuns să pună sub semnul întrebării însăși existența vieții pe planeta noastră, era firesc ca Mișcarea mondială de Cruce Roșie să se angajeze în lupta pentru oprirea cursei înarmărilor și a conflictelor militare, pentru evitarea unui holocaust nuclear.

Aceasta a fost rațiunea organizării la Belgrad, în anul 1975, a primei Conferințe mondiale de Cruce Roșie și Semilună Roșie pentru pace. Ea angaja societățile naționale de Cruce Roșie, Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie și Comitetul Internațional al Crucii Roșii în acțiuni concrete de luptă pentru preîntâmpinarea războaielor, în primul rând pentru evitarea unui război nuclear.

Documentul elaborat de Conferință, cu titlul „Programul de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace”, a fost adoptat la cea de a XXIII-a Conferință mondială a Crucii Roșii, întrunită la București, în anul 1977, sub înaltul patronaj al tovarășului Nicolae Ceaușescu, președintele Republicii Socialiste România. Definind fundamentul ideologic și cadrul de acțiune al Crucii Roșii în favoarea păcii, tovarășul Nicolae Ceaușescu spunea cu acel prilej: „Giganticul arsenal de arme acumulate pe toate continentele constituie o amenințare permanentă pentru toate popoarele, pentru însăși civilizația umană. Condiția esențială pentru eliberarea omenirii de coșmarul războiului este trecerea – până nu este încă prea târziu – la măsuri concrete de încetare a cursei înarmărilor, de dezarmare, în primul rând de dezarmare nucleară. Este deosebit de important faptul că organizațiile de Cruce Roșie, Crucea Roșie Internațională acordă ajutor răniților, victimelor războiului, dar este infinit mai important, după părerea mea, să facem totul pentru a nu



mai fi nevoie să se acorde asemenea ajutoare, pentru ca popoarele să trăiască în pace”.

Șapte ani mai târziu, în 1984, la Marienham (insulele Aaland, Finlanda) și Stockholm (Suedia) avea loc cea de a doua Conferință mondială de Cruce Roșie și Semilună Roșie pentru pace.

Convocată ca sesiune extraordinară a Consiliului Delegaților (organism statutar deliberativ al Mișcării mondiale de Cruce Roșie, compus din reprezentanți ai Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, Comitetului Internațional al Crucii Roșii (C.I.C.R.) și societăților naționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie), Conferința a oferit participanților prilejul de a efectua un schimb util de informații și păreri privind experiența, mijloacele și formele prin care Mișcarea mondială de Cruce Roșie s-a alăturat eforturilor generale ale popoarelor pentru instaurarea unei păci trainice în lume. Cu această ocazie a fost examinat stadiul realizării prevederilor Progra-

mului de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace în instaurarea și consolidarea păcii în lume. De asemenea, s-au evidențiat noi direcții de acțiune. S-a subliniat astfel că pe lângă aprofundarea activităților tradiționale ale Crucii Roșii în acest domeniu, respectiv cele de solidaritate (ajutoare în caz de dezastre naturale, programe de dezvoltare, programe de sănătate, programe pentru tineret) și de protecție (dezvoltarea și difuzarea Dreptului internațional umanitar, asistența pentru victimele războaielor) este imperios necesară o amplificare a contribuției directe a Mișcării de Cruce Roșie la consolidarea păcii printr-o colaborare mai strinsă cu alte organizații - guvernamentale sau neguvernamentale - care luptă pentru pace, prin desfășurarea unor campanii de informare privind consecințele războiului, prin intensificarea acțiunilor de educație pentru pace a tinerilor membri de Cruce Roșie. Cu această ocazie, Conferința a adoptat prin consens „Liniiile directoare fundamentale”, care stabilesc strategia Crucii Roșii în favoarea păcii, prin activități de protecție și asistență, activități destinate tineretului, prevederii dezastrelor, dezvoltării societăților naționale, activități pentru ocrotirea sănătății și social-umanitare, conștientizarea față de pericolul unui război, prin eforturi în favoarea dezarmării și pentru rezolvarea pasnică a conflictelor. Rezultat al discuțiilor constructive, respectului reciproc și consensului întrunit de participanți, Conferința a adoptat un Apel prin care se exprimă dorința membrilor Mișcării mondiale de Cruce Roșie de a-și îndeplini misiunea umanitară în condiții de pace și cheamă guvernele să depună eforturi constante pentru promovarea cooperării, solidarității și prieteniei, pentru realizarea dezarmării, în primul rând a dezarmării nucleare, care amenință însăși existența omenirii.

O rezoluție în acest sens a fost adoptată și de cea de a XXV-a Conferință internațională a Crucii Roșii (Geneva 1986).

Interesul crescând al societăților naționale de Cruce Roșie, al Ligii și C.I.C.R. pentru acțiuni concrete, pentru o implicare mai eficientă în problematica complexă a lumii contemporane și, mai ales pentru asigurarea dreptului fundamental al oamenilor la pace, la viață, a fost reliefat și cu ocazia ultimei sesiuni a Consiliului Delegaților (Rio de Janeiro, 1987). Raportul Comisiei „Crucea Roșie, Semiluna Roșie și pacea” a realizat o sinteză clară a domeniilor de acțiune în favoarea păcii, evidențiind aspectele noi care s-au impus atenției ca urmare a dezbaterilor ce au urmat celor două conferințe mondiale de Cruce Roșie pentru pace.

Ca o ilustrare a modului de gândire și de rezolvare a problemelor lumii de azi, România socialistă a propus comunității internaționale ample programe în toate componentele vieții și relațiilor internaționale, cu precădere în sfera dezarmării și păcii. Între acestea se înscriu propunerile vizând educarea tineretului în spiritul păcii și cooperării internaționale și Programul complex de dezarmare generală, care preconizează înlăturarea, pe etape, a tuturor arsenalelor nucleare, a celorlalte mijloace de distrugere în masă, precum și reducerea radicală, cu minimum 50 la sută pînă la sfîrșitul acestui secol, a armamentelor convenționale, a efectivelor și cheltuielilor militare. În concepția țării noastre asigurarea

păcii impune, totodată, retragerea trupelor și desființarea bazelor militare amplasate pe teritorii străine, suprimarea manevrelor militare în apropierea altor state, excluderea oricăror demonstrații de forță și intimidare. România a avut rol de pionierat și în privința raportului direct dintre dezarmare și dezvoltare, problemă pe care a adus-o în atenția O.N.U. încă din anul 1970. Urmare a acestei inițiative, Adunarea generală a O.N.U. a decis întîlnirea unor grupuri de experți care să întocmească periodic raportul privind consecințele social-economice ale cursei înarmărilor, document apărut în cîteva ediții, care s-a bucurat de un amplu răsunet internațional. De asemenea, România a propus crearea, sub egida O.N.U., a unui fond internațional de dezvoltare pe seama resurselor eliberate prin măsurile de dezarmare, fond ce ar urma să fie utilizat pentru sprijinirea planurilor de dezvoltare economică și socială, îndeosebi ale țărilor în curs de dezvoltare.

În ceea ce o privește, Societatea de Cruce Roșie din țara noastră consideră promovarea păcii ca una din sarcinile sale esențiale, înscrisă în în-suși Statutul societății, care prevede ca linii călăuzitoare contribuția la cauza păcii, dezvoltarea și întărirea cooperării internaționale, a spiritului umanitar și de solidaritate, a respectului și înțelegerii între popoare, în concordanță cu principiile fundamentale ale Crucii Roșii.

Crucea Roșie română consideră că, așa cum a afirmat președintele Republicii Socialiste România, tovarășul Nicolae Ceaușescu, la deschiderea celei de a XXIII-a Conferințe Internaționale a Crucii Roșii, Mișcarea mondială de Cruce Roșie trebuie să-și facă un titlu de onoare din participarea activă la împlinirea, prin mijloacele sale specifice, a dezideratelor fundamentale ale omenirii: încetarea cursei înarmărilor, înfăptuirea dezarmării generale, în primul rând a celei nucleare, lichidarea subdezvoltării, asigurarea și consolidarea unui climat de înțelegere, colaborare și pace.

Crucea Roșie română a inițiat în acest sens în ultimii ani numeroase acțiuni al căror conținut l-a constituit educația pentru pace. Astfel, a organizat simpoioane cu tema „Gîndirea politică a președintelui Nicolae Ceaușescu privind misiunea Crucii Roșii și pacea” care au evidențiat rolul hotărîtor al președintelui României la fundamentarea locului și sarcinilor Crucii Roșii în cadrul largului front al luptei pentru pace. Totodată, împreună cu Ministerul Afacerilor Externe, a organizat un simpozion cu tema „Spiritul umanist al politicii externe a partidului și statului nostru. Contribuția Crucii Roșii la înfăptuirea politicii de pace și colaborare internațională promovată de partidul și statul nostru”. De o atenție aparte s-a bucurat și simpozionul „Pacea - condiție esențială a existenței și progresului societății umane”, organizat împreună cu Consiliul Național pentru Apărarea Păcii.

Urmînd neabătut traducerea în viață a politicii partidului și statului nostru de educare a tineretului în spiritul nobilelor idealuri de înțelegere, prietenie, solidaritate umană și pace au fost desfășurate multiple acțiuni sub genericul „Tinerete - sănătate - pace”: simpoioane, concursuri, expoziții.

Ca o recunoaștere a prestigiului de care se bu-

VICTIMELE APARTHEIDULUI

Una dintre cele mai recente știri provenite din Africa de Sud este aceea că în ultimii doi ani s-au înregistrat 2 000 de morți și au fost arestate peste 20 000 de persoane din rîndul populației de culoare. Ceea ce este însă mai dramatic, este că 40 la sută dintre aceștia sînt copii și tineri sub 18 ani. Nu este, desigur, prima știre privind tratamentul inuman la care sînt supuși copiii de către regimul de la Pretoria. Dar, pînă în urmă cu cîteva luni, știrile provenite din acest perimetru vetust al rasismului se refereau la inegalitățile de școlarizare și asistență sanitară, inegalități ce se adaugă, tot mai evident, in justiției și oprîmării generale a populației de culoare. De data aceasta știrea, care parvine prin agențiile internaționale de presă, precizează că aproape 15 000 de copii se află în închisorile sud-africane. Cei ce au transmis-o au preluat-o din comunicările făcute la o conferință asupra politicii de apartheid, organizată la Universitatea Witwatersrand, din Johannesburg. Deci, chiar de la fața locului.

Practicile rasiste, antiomane au determinat oprobiul întregii umanități, opinia publică cerînd cu hotărîre încetarea lor.

Un asemenea blam internațional s-a înregistrat și în timpul celei de a XXV-a Conferințe Internaționale a Crucii Roșii, cînd s-a decis, prin vot, să se interzică participarea delegației guvernului sud-african la lucrările conferinței.

De asemenea, Comitetul Internațional al Crucii Roșii a întreprins numeroase acțiuni de ajutorare a victimelor apartheidului, avînd în Africa de Sud echipe ce acționează de mai mulți ani. Prima mare intervenție a avut loc în februarie 1986, cînd într-o localitate aflată în apropierea Johannesburgului - Alexandra - poliția a intervenit cu brutalitate producînd numeroase victime. În această situație Crucea Roșie a venit în



ajutorul victimelor, sprijinînd operațiunile de salvare și evacuînd răniții. Aceleași probleme i-au fost impuse spre rezolvare în mai 1986 la Crossroads. Mai apoi, în cursul anului 1987, cu sprijin internațional, au fost construite 380 locuințe pentru cetățenii lipsiți de adăpost.

Din păcate, în asemenea intervenții cad victime și cei ce încearcă să acorde ajutor. În 1987, la Cap-Myanga, de pildă, au fost răniți și înfirmerii unor ambulanțe ale Crucii Roșii - Lulu Jamda și Tutu Sikele -, care transportau victimele gazelor asfixiante și gloanțelor rasiștilor sud-africani.

Un caz și mai dramatic este cel al lui Albert Botha, președintele Comitetului de Cruce Roșie din Johannesburg, care, sosit în ajutorul victimelor incidentelor de la Soweto, a fost rănit de o rafală de mitralieră trasă de poliție. Deși paralizat, el se consacră în continuare misiunii sale umanitare. „Nimeni nu știe, spune el, cum vor evolua lucrurile. Dar este sigur că oamenii vor avea în continuare nevoie de Crucea Roșie”.

cură pe plan internațional, România a fost gazda a două importante acțiuni europene ale Crucii Roșii de tineret: a VII-a Reuniune europeană a directorilor naționali ai Crucii Roșii de tineret și Conferința europeană a Crucii Roșii de tineret dedicată Anului Internațional al Tineretului, sub semnul mobilizatoarei devise „Participare - Dezvoltare - Pace”.

În acest fel, acțiunile Crucii Roșii din țara noastră fac parte integrantă dintr-un ansamblu de inițiative românești menite să conducă la asigurarea păcii.

Acționînd permanent în spiritul politicii externe a României socialiste, al îndemnurilor președintelui țării, Crucea Roșie română se pronunță consecvent pentru asumarea unor responsabilități directe, concrete în promovarea păcii, de conștientizare a opiniei publice internaționale în legătură cu pericolul unei conflagrații nucleare. Examinarea de către Comisia „Crucea Ro-

șie, Semiluna Roșie și pacea” a relației dezarmare-dezvoltare-pace a oferit Crucii Roșii române posibilitatea de a sprijini ideea transmiterii unei scrisori comune a Ligii și C.I.C.R. către Conferința internațională privind relația dezarmare-dezvoltare, organizată de O.N.U., scrisoare în care se lansa ideea finanțării unor programe de dezvoltare ale Crucii Roșii dintr-un fond special ce ar putea fi creat prin reducerea cheltuielilor de înarmare.

Aceste acțiuni sînt menite să completeze acum - cînd în întreaga lume se aniversează cei 125 de ani de la înființarea sa - imaginea Crucii Roșii și Semilunii Roșii în rîndul opiniei publice internaționale, ca mișcare mondială animată de cele mai înalte principii umaniste, prezentă și implicată în problemele mereu mai complexe ale omenirii.

Victoria GRIGORE

S.O.S.!

SECETA

Natura se dezlănțuie haotic, infruntind posibilitățile de prevedere ale omului, provocându-l parcă... Furtuni, cicloane, uragane, ploi torențiale, alunecări de teren, inundații, secete prelungite, viscole, avalanșe, cutremure, erupții vulcanice fac ravagii.

24 de ore din 24, 365 de zile pe an, la Geneva, respectiv la sediul Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, și în alte părți ale lumii, femei și bărbați, tineri și mai puțin tineri, având comune idealurile generoase ale Mișcării mondiale de Cruce Roșie, sint la datorie. „Ascultă” pulsul lumii pentru a capta un eventual S.O.S. Odată primit apelul pentru ajutorul de urgență, urmează telexuri, apeluri telefonice în cascadă. Intră în alertă o întreagă rețea. În 24 de ore Liga este la fața locului pentru a ajuta, așa cum se străduie de 69 de ani. De mai bine de 35 de ani, ea intervine operativ cu ajutoare de urgență.

De fiecare dată îi răspunde un formidabil dispozitiv de solidaritate umană, care ignoră orice barieră. Sint societățile naționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie. Aflăm despre dimensiunea dezastrului, cit și despre modul în care s-a intervenit, în ce a constat ajutorul prin publicațiile Ligii: „Nouvelles” și „Croix Rouge - Croissant Rouge”.

Seceta din Africa, în special în Sahel, a afectat și în anul 1987 un număr impresionant de persoane dispersate pe imense teritorii. Să mergi într-una în căutare de apă spre a-ți potoli setea, să mergi kilometri în șir sub arșița nemiloasă a soarelui, chinuit de foame, chinuit de boală. Să rătăcești în căutarea unui loc mai puțin vitreg. Odiseea secetei africane înseamnă moarte lentă. În asemenea situații, Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie acționează prin echipe speciale, care se deplasează în zonele fierbinți. Odată ajunse la fața locului, se impune o serie de măsuri. Sint absolut necesare și cit mai urgent mijloace de transport, camioane, remorci, elicoptere, avioane. Uneori se realizează adevărate poduri aeriene pentru ca alimentele și medicamentele să poată fi descărcate și depozitate. Apoi delegații Ligii, împreună cu personalul societății de Cruce Roșie sau Semilună Roșie din țara respectivă organizează distribuirea zilnică a rațiilor alimentare. Au prioritate copiii, femeile gravide, bătrînii. Cui să-i dai mai repede? Toți sint epuizați, în egală măsură amenințați de chinuitoarea moarte lentă.

În Etiopia, după doi ani consecutivi de secetă, 5,2 milioane de persoane sint victimele acestui flagel. Din noiembrie 1987 și pînă în iunie 1988 s-a asigurat distribuirea zilnică a rațiilor alimentare pentru 300 000 de persoane.

Pentru 33 000 de victime ale secetei în Sudan s-au luat măsuri spre a se asigura hrană zilnică pe perioada martie-octombrie 1988. În

Mozambic ajutorul alimentar pentru 35 000 de persoane s-a asigurat din august 1987 pînă în mai 1988. În Malawi, afectată grav de secetă și de invazia de lăcuste, s-a instituit un ajutor în alimente pentru 2 400 000 de persoane pe o perioadă de 6 luni, pînă la noua recoltă.

În plus, în Ciad, Sudan, Etiopia a izbucnit o epidemie de meningită bacteriană. Echipele Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, împreună cu personalul societăților naționale din aceste țări, au distribuit doze de vaccinuri, ace și seringi sosite urgent cu avionul pentru a se face cit mai repede vaccinările.

Pe zone întinse ploile foarte rare fac să renască o vegetație scheletică: cîteva tufe, ciulini, spini; aici moartea continuă să facă parte din cotidian, ca și foametea, boala. Ignorînd aceste condiții vitrege, echipele Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, formate din specialiști ai societăților naționale, lucrează operativ, cu calm, dăruire și curaj, în numele generoaselor idealuri ale Crucii Roșii, idealuri ce nu cunosc nici un fel de barieră.

C.I.C.R. ÎN LIBAN

De 14 ani Libanul este zguduit de conflictul intern ce a ruiat o frumoasă și prosperă țară cîndva.

Marea parte a populației, copiii și tineretul aproape că nu știu ce înseamnă pacea. S-au născut și trăiesc sub o permanentă tensiune. Date furnizate de medici din spitalele libaneze atestă faptul că tinerii și copiii internați sint agitați și gata de încăerare. Consideră firesc să te bați. Jocul preferat este de-a războiul. Dureros, pentru tinăra generație războiul face parte din cotidian.

Lupte între milițiile musulmane și creștine, bombardamente ale aviației israeliene asupra pozițiilor palestiniene. Încordare, atentate. 60 de persoane ucise și 123 rănite în urma exploziei unui automobil capcană în centrul orașului Tripoli. Bilanțul unei singure zile. Cîte suferințe, cîte tragedii, cîte pierderi umane și materiale s-au adunat în 14 ani de neliniște? Cîteva cifre au darul să dea dimensiunea tragediei: 13 000 persoane și-au pierdut viața, peste 40 000 rănite, aproximativ 1 milion dislocate de pe meleagurile natale.

În toți acești ani Comitetul Internațional al Crucii Roșii (C.I.C.R.) a asigurat asistență și protecție. În zonele fierbinți emblema Crucii Roșii a fost simbolul speranței. Convoaiele C.I.C.R. au adus alinare suferințelor - prin asistență medicală, prin hrană. Alături de delegații C.I.C.R., voluntarii Crucii Roșii libaneze au acționat cu mult curaj, infruntînd nu de puține ori moartea.

Valeria CHILĂU

MEDICINA DACILOR

Multă vreme s-a scris și s-a vorbit despre daci și geți. În realitate, trebuie menționat că dacii și geții sînt unul și același popor: grecii îi numeau, de preferință, geți, iar romanii întrebunșau, în mod obișnuit, numele de daci. Se poate spune că dacii sau geții reprezentau elita numerosului neam al tracilor, care locuia în ținutul cuprins între Tisa, Dunăre, Marea Neagră și Nistru.

Prima știre istorică asupra geților o avem de la Herodot din Halicarnas, „părintele istoriei”, care spune că „Geții sînt cei mai viteji și cei mai cinști dintre traci”. La rîndul său, scriitorul antic grec Pomponius Mela spune despre ei că sînt „cei mai pregătiți pentru moarte”. Împăratul Iulian Apostatul, din secolul al IV-lea, atribuie lui Traian următoarele cuvinte: „Am subjugat chiar și pe cei mai războinici dintre toate neamurile care au existat vreodată, nu numai din cauza puterii corpului lor, dar și din aceea a învățăturilor lui Zamolxis, care este între ai așa de slăvit. Acestea le-au întipărit în inimă că ei nu mor, ci doar își schimbă locuința și de aceea merg la moarte mai veseli decît la orice altă călătorie”.

Dacii sau geții au fost sub toate aspectele unul din popoarele însemnate ale lumii. După cum menționează scriitorul grec Dio Crisostomul, „Geții sînt cei mai înțelepți decît toți barbarii și mai asemenea grecilor”. După cum se vede, autorii antici au lăsat o serie de mărturii din care reiese că geto-dacii ajunseseră în secolele premergătoare cuceririi romane la un grad înalt de cultură. Descoperirile arheologice nu exclud posibilitatea ca geto-dacii din vremea lui Burebista să fi cunoscut scrisul, iar pe vremea lui Decebal se pare că ei foloseau în documentele diplomatice scrierea latină.

Un loc aparte în activitatea lor spirituală îl ocupă exercitarea medicinei, care făcea parte din preocupările păturilor conducătoare, reprezentate prin clasa sacerdoților. Paralel cu medicina învățaților preoți, se exercita o medicină populară. Existența celor două feluri de practici medicale o dovedesc denumirile dacice populare ale buruienilor de leac transmise nouă prin operele lui Dioscoride și Pseudo-Apuleius, apoi prin mărturiile istoricilor Iordanes și Flavius, precum și prin descoperirile arheologice din ultimele decenii.

Era mult admirată știința medicală exercitată de tagma șihăștrilor cărturari, numiți **ctistai** sau **polistai**. În fruntea acestora stăteau ca autoritate supremă regele și marele preot, amîbii și medici, așa cum fusese odinioară Zamolxis, care a fost zeificat. Arta vindecării era strîns legată de sacerdoțiu, fenomen întîlnit la multe popoare ale antichității. Cunoștințele agonisite nu constituiau o taină, ci erau împărtășite și virfurilor laice ale societății. Unii dintre învățați trăiau în sihăstrie, retrași în adîncul codrilor, practicînd vegetarianismul, celibatul și abstenența de la toate plăcerile vieții, iar alții trăiau în mijlocul poporului, pentru

a-l sfătui și ajuta. Referindu-se la geto-daci, istoricul Iordanes scrie că marele preot Deceneu, ajutat de ucenicii săi, „i-a învățat pe geto-daci logica, făcîndu-i superiori celorlalte popoare în privința minții; dîndu-le un exemplu practic, i-a îndemnat să petreacă viața în fapte bune... El i-a învățat și etica, dezvălîndu-i de obiceiurile lor barbare; i-a instruit în știința fizicii, făcîndu-i să trăiască potrivit legilor naturii”. Legile fizicii priveau viețuirea în condiții pe care le numim astăzi igienice. Pentru ca poporul să le țină minte trebuia să le învețe pe de rost, recitîndu-le în cor. În afară de această educație sanitară, preoții se ocupau și cu observarea fenomenelor naturii în legătură cu omul. Ei cercetau proprietățile ierburilor și ale întregii vegetații. De asemenea, arătau poporului semnele zodiacului, mișcarea planetelor, creșterea și scăderea Lunii, mărimea Soarelui față de Pămînt etc.

Medicina geto-dacă avea la bază o concepție superioară, pe care ne-a transmis-o fragmentar marile filozof antic Platon (secolul IV—III î.e.n.). El povestește: „Socrate, pe cînd era la oaste, cunoscuse un medic trac, ucenicul lui Zamolxis; acel medic îi povestise cum îi învăța pe ucenici a îngrijii mai întîi de cap dar nici să trateze capul fără a da îngrijire trupului, și în același timp sufletului”. Dacă medicii greci nu se pricepeau la cele mai multe boli, de vină era faptul că ei nu cunoșteau întregul pe care-l aveau de îngrijit. Dacă întregul era bolnav, partea nu putea să fie sănătoasă. „Căci, spunea medicul trac, toate lucrurile bune și rele pentru corp și pentru om în întregul său vin de la suflet și de acolo curg (ca dintr-un izvor) de la cap la ochi. Trebuie, deci, în primul rînd să tămăduim izvorul rîului, ca să se poată bucura de sănătatea capului și tot restul trupului”. În aceste puține cuvinte este cuprinsă o concepție medicală de mare înțelepciune, de cea mai înaltă medicină a antichității. Marele nostru istoric Nicolae Iorga a menționat că însuși Hipocrate fusese în tinerețea lui inițiat în medicină de un medic trac, Herodius din Selimbria.

Mai departe, Platon adaugă că „sufletul se vindecă prin vorbele frumoase care fac să se nască în suflete înțelepciune”, stare care durînd „aduce sănătate și capului și trupului”. Afirmatia aceasta pune în discuție metoda pe care o foloseau Zamolxis și ucenicii săi, preoții-medici, în executarea practicii medicale.

Între operațiile magice, cele mai răspîndite erau descîntecele. Grecii le spuneau acelor descîntece **epodai**. Clement din Alexandria, care știa și el de epodai sănătoase, adaugă faptul că le adusesse Platon de la traci. La mai toate popoarele vechi exista credința în puterea deochiului. Împotriva lui se invocă ajutorul șarpelui și al amuletelor în formă de animale.

Procedeele magice, indiferent de forma și conținutul lor, aveau rolul de a însoți practici medicale folositoare, dar a căror eficacitate era pusă la

îndoială dacă lipsea descintecul, vrăjitoria sau, după cum se spunea, **boscoana**, un vechi cuvânt de origine traco-getică.

La baza vindecării anumitor afecțiuni stăteau în primul rând plantele, pe care strămoșii noștri și urmașii lor direcți știau să le folosească, impresionând popoarele învecinate. Menționăm că doi medici antici, Dioscoride (medic militar roman de origine greacă, din secolul I e.n.), în lucrarea sa „Materia medica”, și Pseudo-Apuleius, în opera sa „Herbarius”, vorbesc de o serie de plante folosite de strămoșii noștri. Unul dintre scribii primei lucrări, originar probabil din părțile noastre, a avut ideea de a adăuga la denumirile grecești și latinești pe cele dacice. Din 42 de asemenea denumiri numai 26 par a fi într-adevăr dacice, restul fiind de origine latină sau greacă. A doua lucrare, o botanică medicală, a fost îmbogățită cu denumiri dacice de plante, ceea ce înseamnă că, după părerea autorităților romane, în anul 271 e.n. în Dacia încă se mai vorbea limba dacă, ceea ce denotă că localnicii nu-și părăsiseră întru totul limba și obiceiurile. Denumirile dacice de plante medicinale au fost studiate cu perseverență, căutându-se echivalentul în botanica populară actuală. Au fost identificate 18 denumiri care au locul într-o istorie a medicinelor geto-dacice. Strămoșii noștri numeau: **aniarsexe** = iarbă săracă, baltacine; **budathca** = limba boului, mirușă; **cinuboila** sau **coalama** = limbarița, limba bălților, limba broaștei; **dielleina** sau **duodela** = măsclarița, sunătoare; **diesema** = coada vacii, luminarea; **dyn** = urzică; **guoletă** = mărgeușă, meiul păsăresc; **mendruța** = stirigoiă; **mizela** = cimbrul de grădină, lămișoara; **olma** = socul; **priadila** = vișă albă, curpenul; **ricorastra** = brusturele; **salia** = ciomăfaia; **sciara** = varga ciobanului, scaiul.

Acțiunea farmacologică a plantelor cu nume dacice este calmant-anestezică, cicatrizantă, antiflogistică, expectorantă, depurativă, antihelmintică. În afară de plante, geto-dacii foloseau în medicina lor produse animale, ogane și umori, precum și medicamente de origine minerală.

Paralel cu terapia, o dezvoltare asemănătoare a cunoscut-o chirurgia. Una din intervențiile cele mai îndrăznețe, realizată cu deosebită îndemnare, a fost trepanația craniană.

Una dintre uneltele cu care se practica trepanațiile a fost descoperită în 1953 la Galați Bistriței, într-un mormint celtic datat din secolul al II-lea î.e.n. Este un fierăstrău de fier, lung de 11 cm și lat de 0,5 cm, având la capăt un minier curbat, cu o lamă de formă semilunară, ascuțită și zimțuită. El este cel dintâi instrument chirurgical găsit pe teritoriul patriei noastre.

Deosebit de importantă este însă descoperirea, în 1955, la Grădiștea Muncelului, a unei truse chirurgicale, descoperire făcută de istoricul și arheologul I.H. Crișan. Lucrările arheologice au scos la lumină, după aproape două mii de ani, o trusă medicală găsită printre dărâmăturile unei locuințe incendiate cu ocazia celui de-al doilea război dacic (105—106 e.n.). Din caseta de lemn care adăpostea obiectele cu întrebuințare medicală nu a mai rămas decât o masă de cărbune, minierul de fier frumos ornamentat și câteva lame de bronz care o încercuiau. Judecând după conținutul ei, caseta ar fi alcătuit o trusă portativă. Din alcătuirea ei face parte, în primul rând, o pensetă de bronz, îngrijit lucrată, asemănătoare pensetelor anatomice din

zilele noastre, care se păstrează bine în ciuda celor aproape două mii de ani. Nu lipsește nici bisturiul, făcut dintr-o lamă de fier și un minier de lemn, cu un apărător de bronz. Alifiiile sau medicamentele lichide se păstrau în mici borcaneșe de lut, îngrijit lucrate, care imită vasele obișnuite din ceramică dacică. Cea mai interesantă piesă a trusei este o tabletă de 6,2x4,5 cm din cenușă vulcanică, ce conține siliciți. Se știe că medicina și în special chirurgia greco-romană a secolului I e.n. foloseau într-o mare măsură diferite mase minerale pulverulente compuse din siliciți. Din tabletă se rădea praf mineral care era presărat pe răni și ulceratii, ca absorbant și cicatrizant.

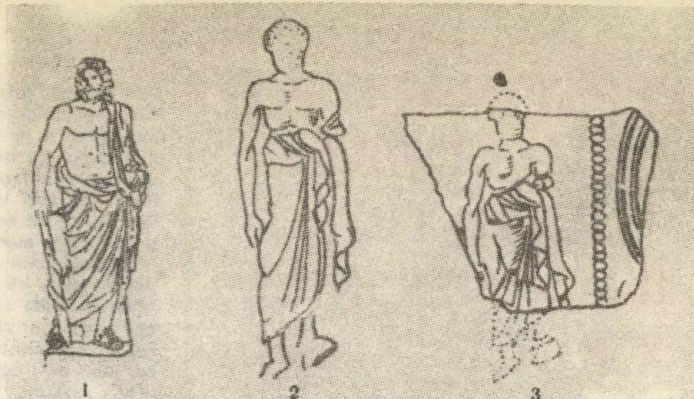
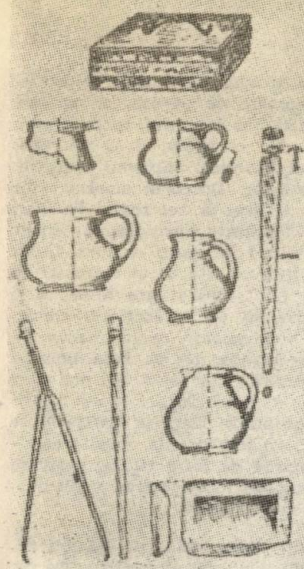
Asupra identității chirurgului de la Grădiștea Muncelului există două presupuneri. După prima, el ar fi fost unul dintre învățații medici-preoți ai dacilor, în acest sens pledînd apropierea locului descoperirii de zona marilor sanctuare dacice. După a doua, ar fi fost un chirurg străin, venit să practice în Dacia. În ambele ipoteze descoperirea dovedește că dacii aveau la dispoziție o chirurgie bine pusă la punct și utilată corespunzător.

Ginecologia și obstetrica sînt două ramuri ale chirurgiei despre care posedăm unele informații mai mult de ordin folcloric. Din vremuri foarte vechi, s-a păstrat amintirea unui „instrument” util la naștere, „piatra de naștere”. În Orientul Apropiat femeia năștea culcată pe o parte, chirchită pe piatră sau sprijinită în coate și în genunchi; la noi se obișnuia să nască pe vatră, iar în unele zone muntoase pe ciubăr.

Geto-dacii se îngrijeau și de „Igienă publică”. Astfel, aproape în toate cetățile mari din Munții Orăștiei s-au identificat cisterne de apă. Ele erau construite din birne de lemn, iar altele din materiale mai rezistente, fiind zidite. Apa captată de la izvoare era condusă în cisterne prin olane de pământ ars. Captarea se făcea într-un recipient, care constituia o „visterie” a apelor. Două conducte de olane, prevăzute la gură cu site, aduceau apa iar o a treia conductă o conducea mai departe, acolo unde era necesară. Olanele din pământ ars erau protejate de jgheaburi de lemn, acoperite cu scinduri și îngropate. La oarecare distanță de recipientul-butoi exista o „răsuflătoare”, ca un cilindru deschis. Unele cisterne, cum ar fi cea de la Blidaru, au fost construite în ciment hidraulic fiind formate dintr-o adevărată cameră subterană de 8x6,20x4 m, cu ziduri duble sau triple. Au existat și cisterne săpate în stîncă și captușite cu scinduri de gorun, ca aceea de la Costești.

Printre terapiile folosite de daci se înscriau și apele curative. Se știe că numele băilor de la Geoagiu de azi, județul Hunedoara, a fost Germisara, toponimie de origine dacă, moștenită și transmisă în această formă și în epoca romană (germ = cald; sara = apă). O altă localitate cu ape termale curative, bine cunoscută înainte de epoca romană, era Călanul de astăzi. De asemenea, o veche localitate dacică, Hydata sau Aquae era cunoscută geografilor romani încă de pe timpul lui Augustus. Și celebra stațiune Băile Herculane a fost folosită înainte de venirea romanilor, după dovezi de locuire anterioare anului 106 e.n.

O mărturie a folosirii apelor vindecătoare de către daci ne oferă și cultul zeităților legate de aceste ape. Referitor la adorarea izvoarelor tămăduitoare de către daci putem cita legenda românilor în care puterea miraculoasă a izvoarelor este



1. Esculap, statuie de marmură.
2. Esculap, reprezentat pe vasul *terra sigillata* de la Sucidava.
3. Esculap, reprezentat pe vasul *terra sigillata* de la Roma.

Casa de lemn
și conținutul acesteia
truse medicale
de la Grăditea
Muncelului (reconstituire).

intruchipata în „duhurile” apelor, „sfintul” apelor, „zinele” apelor și altele. Faptul că în inscripțiile romane din stațiunile balneare ale Daciei putem recunoaște divinități locale dovedește că efectele terapeutice ale apelor erau de mult cunoscute de autohtoni.

În urma biruințelor repurtate asupra dacilor de către cel mai bun împărat al Romei, Optimus Princeps, cum l-au numit contemporanii pe Traian, în anul 106 a luat ființă în nordul Dunării de Jos provincia Dacia. În răstimp de peste un secol și jumătate, cât a durat stăpînirea romană, aici s-a desfășurat o bogată activitate medicală confirmînd medicina sacerdotală și medicina laică. La această activitate romanii au adăugat marile construcții de ape ducte, canalizare și băi publice, care au avut un rol important în menținerea stării de sănătate.

Printre zeitățile adorate în Dacia pe primul loc se înscriu cu atriбуții vindecătoare Esculap și fiica sa Hygeia, cărora li s-au înălțat diferite monumente, dintre care 22 s-au găsit la Apulum (Alba-Iulia). Aici a staționat Legiunea a XIII-a Gemina, al cărei comandant era în același timp și guvernatorul provinciei. Numărul mare de inscripții închinat la Apulum zeului sănătății i-a determinat pe unii cercetători să presupună că acesta a fost patronul protector al orașului. Se presupune că aici a existat un templu „sanatoriu”, un asklepeion, căruia mari demnitari ai orașului i-au adăugat portice. Asklepeioanele pot fi considerate primele locuri unde se acorda organizat asistență medicală, deci un fel de spitale. Bolnavii trebuiau să petreacă în incinta templului măcar o noapte. Preoții care deserveau templul practicaau alături de magie și o terapie autentică reală. Un veteran din Legiunea a V-a Macedonica, pe nume Caius Iulius Frontauius, cantonat pentru o vreme la Potaissa (Turda de azi), își va recăpăta vederea în templul „sanatoriu” de la Apulum. Preoții asklepeionului de la Apulum se bucurau de o deosebită considerație în rîndul populației. Un libert al templului lui Esculap, pe nume Septimius Asclepius Hermes, primește din partea consiliului orașenesc una dintre cele mai mari distincții: „Orna-

menta decurionalia”. Asklepeionul de la Apulum nu este singurul templu din Dacia închinat lui Esculap și Hygeii. Se mai cunoaște unul la Sarmizegetusa și altul la Ampelum.

Alături de medicina sacerdotală, în Dacia romană s-a practicat și o intensă medicină laică; medici de diferite specialități au venit în noua provincie. Inscripțiile amintesc de un „medicus” la Apulum, și de un altul, pe nume Marcus Valerius Longinus, medic al Legiunii a VII-a Claudia, care a fost înmormîntat la Drobeta. Pe lângă vindecarea ostașilor, medicii militari îngrijeau și bolnavi civili, dovadă că medicul Marcus Valerius Longinus a fost distins de municipalitatea orașului Drobeta cu „Ornamenta decurionalia”.

Concomitent și alături de medicii militari, au profesat și medicii civili. Prezența lor ne este dovedită de descoperirile arheologice. În amfiteatrul de la Sarmizegetusa au fost găsite numeroase instrumente medico-chirurgicale din argint, bronz sau fier. Acestea au aparținut unui medic de gladiatori (Medicus Ludi Gladiatorus), care era și medicul orașului și care își avea cabinetul (Taberna Medica) într-una din încăperile anexe ale amfiteatrului. Un asemenea „cabinet” la Apulum pare să fi funcționat în incinta termelor, unde s-a găsit un mare număr de instrumente medicale.

Izvoarele termale, cunoscute încă înainte de venirea romanilor și folosite de daci și sub stăpînirea romană, s-au bucurat de un foarte bun renume. Cele mai prospere dintre stațiunile balneare din Dacia au fost cele de la Băile Herculane, Geoagiu, Călan, apoi la Buziaș. Inscripțiile ne vorbesc de eficiența tratamentelor cu ape termale din Dacia.

Din cele arătate mai sus considerăm că în Dacia s-a desfășurat o bogată activitate atât în sfera medicinei sacerdotale, cât mai ales în cea a medicinei laice, care și-a adăugat mai tirziu experiența medicinei romane. Scriitori greci și romani ne-au lăsat prețioase informații asupra medicinei geto-dacilor, mărturisind deseori admirație pentru arta și leacurile folosite de ei, considerate de mare valoare.

Dr. Alexandru ȘTENC

PERSONALITĂȚI CULTURAL- ARTISTICE ÎN RÎNDURILE CRUCII ROȘII

Aniversarea celor 70 de ani de la unirea Transilvaniei cu România ne duce cu gândul, deopotrivă, la înfăptuirea în acel 1 decembrie 1918 a visului de veacuri al poporului nostru, dar și la imensele eforturi și sacrificii pe care le-a făcut în anii 1916—1918.

Din noianul de exemple de devotament și abnegație date în acei ani eroici fac parte și cele oferite de mii de femei de diferite vârste și preocupări care, răspunzând apelului Crucii Roșii române, au contribuit cu exemplară dăruire la alinarea suferințelor ostașilor răniți sau bolnavi, a numeroaselor victime ale războiului. O prezență marcantă în impunătorul detașament al infirmierelor voluntare de Cruce Roșie au constituit-o acele femei care se afirmaseră în viața cultural-artistică a țării noastre și chiar a Europei și care, în momentul când au îmbrăcat uniforma cu însemnul Crucii Roșii, au îndeplinit cu răspundere activitatea umanitară.

O parte dintre aceste personalități cultural-artistice a urmat cursuri de pregătire în acest scop. „Noi, tinere fete, urmam cursuri de prim-ajutor, rulam feșe — își amintește Cella Delavrancea, fiica dramaturgului Barbu Ștefănescu Delavrancea, care se afirmase ca valoroasă pianistă din primul deceniu al acestui secol —, iar eu adunam bani pentru Crucea Roșie din concerte”.

Și Elisabeta Odobescu-Goga, nepoată a marelui om de cultură Alexandru Odobescu și soție a scriitorului Eugen Goga, ea însăși autoare a unui volum de memorii, ne preciza recent: „Am urmat un curs de pansamente în 1913, organizat în clădirea de pe Calea Victoriei unde este astăzi Muzeul sticlei și ceramiciei. Apoi, în 1915, un alt curs de prim-ajutor la Spitalul militar, care s-a încheiat cu un dificil examen constând în probe practice de îngrijirea bolnavului și de efectuarea de pansamente”.

Multe dintre infirmierele voluntare au învățat „din mers” fie în infirmeriile organizate în gări, ca scriitoarea Hortensia Papadat-Bengescu, fie în spitale, ca Margareta și Henrietta Delavrancea, de asemenea fiice ale marelui scriitor, prima talentat critic literar și membru de frunte al cenaclului „Sburătorul”, condus de E. Lovinescu, iar a doua valoros și activ arhitect până în ultima zi a vieții sale. Indiferent cum au învățat tehnica primelor îngrijiri, toate aceste personalități și-au făcut datoria fără rezerve.

Din tristele amintiri care au rămas vii în memoria Cellei Delavrancea, aceasta se oprește la cele din prima dimineață de război: „Când am sosit la spital, forfotea lumea refugiată prin coridoare. În dreptul sălii de operații, culcați pe culoar, răniți, doi bărbați și o florăreasă cu coșul ei alături. Chi-

rurgul ieși. Întrebă grăbit: «Da' asta ce are?». Fata, sprijinită cu spatele de perete, cu poalele rotunjite în jurul talii, suridea; un suris straniu tremurind pe buze. Nu se vedea urmă de rană, dar, tiptil, singele se întindea, depășind creșturile fustei. Se auzi un strigăt. Doctorul dispăru. «Te doare?, am întrebat-o, vrei să bei apă?». Privirea ei fu de dor mare. «Tiutun», murmură. Am cerut o ținută unui sanitar. I-am pus-o în gură. Ochii i-au strălucit de mulțumire. Doctorul apăru iar. Îi rugai să vadă ce a pățit tinăra care fuma cu o poftă de om sănătos. El s-a aplecat s-o ridice. Fusta i s-a strâns în jurul șalelor, ca un prosop. Și-roii lung de sînge se întindea pe jos. Fata fuma cu ochi surizători. Îngrozită, o priveam. Nu mai avea coapsă. Fusese tăiată în două. Sorbea fumul țigării cu o înfiorătoare voluptate. Viața se răsfața în ea pentru ultima oară, cu îndrăzneala, nepăsarea tinereții. Când fu aproape de buze țigara, capul se aplecă. Murise. Pleoapele fixe păstrau ochii deschși, în ultima sfidare a vieții.

În aceeași dimineață fusese adus un băiețel de vreo nouă ani. Respira greu. Nu se vedea urmă de rană. În pat, proptit în două perne, expresia lui era a unei odihne bucurioase. Dar în jurul gîtului parcă niște mărgele, ascunse sub piele, ritmau respirația grăbită a copilului. L-am întrebat dacă-l doare ceva. Încurajat de grija mea a șoptit: «Aș vrea niște cireșe». Am fugit repede la o vecină și m-am întors cu o pungă plină. Când le-a văzut, un val de bucurie i-a luminat fața. I-am pus una, din care am tras simburile, în gură, două după urechi, celelalte în mâini. M-a privit cu o expresie de exaltare. «E bună, îți place?». N-a răspuns... îmi suridea... Suris de pe alt tărîm”.

De un episod de egală intensitate dramatică își amintea, în ultimul an al vieții sale, și actrița Marioara Voiculescu, societară a Teatrului Național din București, care în anii 1916—1918 a lucrat ca infirmieră de Cruce Roșie la Sanatoriul „Elena Eraclide”. „Cea mai puternică amintire, afirma ea, mi-a produs-o concertul dat la 1 octombrie 1916 de George Enescu în fața a zeci de răniți. La un moment dat inamicul a dezlănțuit un bombardament de aviație. În acele clipe de tensiune a intrat un soldat care, cu ochii în lacrimi, a transmis dorința căpitanului său, grav rănit în abdomen, de a-l vedea pe muzician. Când Enescu a intrat în rezervă în care se afla rănitul, acesta a murmurat: «Nu mai trăiesc mult. Cîntăți-mi ceva!». Și, în plin bombardament, Enescu a interpretat, cum numai el știa, «Capriciul vîenez» de Fritz Kreisler. Am asistat la multe concerte ale lui Enescu, dar nici unul nu m-a impresionat ca acela din modesta rezervă de spital”.

La sfîrșitul toamnei lui 1916, cînd a început vremelnica ocupație de către inamic a Bucureștiului și a unei părți din țară, unele dintre infirmierele voluntare și-au îndeplinit în continuare îndatoririle în spitalele Crucii Roșii române. De exemplu, Elisabeta Odobescu-Goga s-a aflat în unul din cele 14 spitale ale Crucii Roșii, organizate în capitală, care funcționa în localul actualului Liceu de muzică de pe str. Principatele Unite. „Am lucrat mai ales în sala de operații, ne spunea, pentru că mă obișnuisem cu numeroasele și zguduitorile aspecte ale suferinței. Aici am asistat la operații dificile dar și la primele transfuzii directe de sînge donînd și eu singele necesar. Activitatea surorilor



Infirmiera de Cruce Roșie
Cella Delavrancea în 1916.



După concertul dat de George Enescu la Sanatoriul „Elena Eraclide” din capitală, la 1 octombrie 1916 (în prim plan, de la stînga la dreapta: pianista Maria Vereanu, actrița Marioara Voiculescu și pianista Maria Capeleanu – în uniforme de infirmiere voluntare de Cruce Roșie – iar în mijloc George Enescu).



Actrița Maria Filotti
și fiul său
Ion Cantacuzino
la Iași, în 1917.

de Cruce Roșie începea la ora 7 dimineața și se termina la orele 18, cu o pauză pentru masa de prînz. Dar îmi amintesc că, deși îngrijirea răniților ne solicita eforturi, una din colegile noastre, Matilda Calinescu, găsea timp să-i învețe și să citească pe soldații ușor răniți”.

Retragerea în Moldova nu a întrerupt, ci, dimpotrivă, a contribuit la intensificarea activității sursorilor de Cruce Roșie. Tifosul exantematic și febra recurentă, boli contagioase care au secerat numeroase vieți, reprezentînd pericole și pentru personalul medico-sanitar, au fost înfruntate cu curaj de infirmierele de Cruce Roșie. Referindu-se la lupta dusă luni de zile împotriva celor două boli, savantul Ion Cantacuzino, șeful Directoratului sănătății publice civile și militare începînd de la 1 februarie 1917, șef al misiunii Crucii Roșii române trimisă în Franța în 1918 și din 1923 reprezentant al Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie în Comitetul de Igienă al Societății Națiunilor, acorda o deosebită apreciere celor care au luptat împotriva acestor boli: „Toți, maeștri reputați în medicină, doctori în medicină, modeste studenți și anonime infirmiere voluntare, toți s-au purtat cu același curaj față de datoria de îndeplinit și față de moartea de înfruntat. Pe toți nu-i vom uita niciodată!”.

Deși Barbu Delavrancea era membru al guvernului de uniune națională de la Iași, trei din fiicele lui au continuat și în războiul din Moldova, cu același curaj și abnegație, să-și îndeplinească îndatoririle de infirmiere voluntare de Cruce Roșie. Astfel, Cella a lucrat la Spitalul din Căpănești, Henrietta la Spitalul „Drăghici” din Vaslui și la cel din Ghidigheni, iar Margareta la Spitalul prefecturii din Vaslui. De asemenea, de același curaj au dat dovadă, în spitale din Iași, două personalități ale teatrului românesc: actrița Marioara Ventura, deosebit de apreciată în țara noastră și în Franța, și Maria Filotti, societară de onoare a Teatrului Național, distinsă în anii puterii populare cu înaltul titlu de „Artist al poporului”.

Cum înțelegeau să-și îndeplinească ele umanitara misiune asumată? Să le dăm cuvîntul lor sau celor care le-au cunoscut. „Cînd soseau răniții în toiul nopții, pentru a-i feri de bombardamente — își amintea Henrietta Delavrancea, în ultimii ani ai vieții — eram sculcate toate, le spălam trupurile de noroale însingurate și îi pregăteam pentru operație. Erau zile eroice și înfiorate ce se scurgeau fără emfază și, natural, fără conștiința sacrificiului pe care îl făceam cu toatele, cele care ne întruchipasem acelei stări extatice, închinîndu-ne viața eroilor de pe front, care și-o dăruiau pe a lor glorioasei acțiuni de reîntregire a neamului”.

Marioara Ventura, aceea care reputează atitea succese pe scenele teatrelor pariziene, a simțit de datoria ei nu numai să se afle la Iași, ci și să lucreze ca infirmieră de Cruce Roșie. În această calitate rămînea toată ziua în spitale îngrijind răniții — numai soldați —, alergînd de la un pat la altul, ajutînd la schimbarea pansamentelor, luînd parte la intervenții chirurgicale dificile, solicitînd medicamente și pansamente de la autorități, iar, uneori, noaptea, veghind în saloane. În puținele sale zile libere peregrinează împreună cu George Enescu prin spitale, realizînd împreună emoționante spectacole pentru răniți. Într-un spital de campanie din Bacău remarcă timbrul plăcut al vocii lui George Vraca, căruia îi propune să se dedice teatrului, sfat pe care acesta l-a urmat. „Era subțire, cu chipul supt, înfășurată în halatul ei de infirmieră ca într-un drapel imaculat, își amintește dramaturgul Al. Kirițescu; din buzunarele larg deschise ieșeau la iveală termometre. Așa declama, cu talentul ei aparte, pe scene improvizate, pentru ostașii răniți”.

Tot la Iași, „Capitala României însingurate”, cum era denumit în 1917, a sosit, după lungi peregrinări și dificultăți, actrița Maria Filotti. Și-a lăsat casa din București luînd cu sine un singur geamantan. Împreună cu băiețelul său — viitorul medic și valoros istoric de film Ion Cantacuzino —, actrița a reușit să obțină găzduire într-o cabină a

Teatrului Național din Iași. Infruntând aspra iarnă a celui an și greutatea vieții, Maria Filotti a găsit totuși resursele necesare ca, paralel cu activitatea artistică și cu răspunderile sale de mamă, să lucreze ca infirmieră voluntară de Cruce Roșie la spitalul instalat la Liceul „Internat”. „Am socotit că trebuie să-mi fac și eu datoria”, explica mai târziu această decizie. Deși lucrase din octombrie 1916 și pînă la plecarea în refugiu la Spitalul nr. 118 din București, contactul cu sala de operații i-a fost dificil pentru că, așa cum spunea, „nu mai era o dramă fictivă, ca pe scenă, ci realitatea aspră, era oroarea războiului în toată sălbăticia ei. Și clipele acelea, în care i-am simțit grozăvia cu atît intensitate, mi-au săpat în suflet, pe vecie, ura împotriva lui... M-am obișnuit, însă, treptat, cu munca aceea aspră în care găseam o mulțumire nespūsă, cînd vedeam pe chipurile supte de suferință un suris, cînd doctorul trecea pe lîngă pat spunînd «merge bine» și știam că am ajutat și eu”. Sînt amintiri pe care această slujitoare de excepție a teatrului nu le va uita toată viața.

Evocînd participarea unor personalități culturale-artistice din țara noastră la activitatea umanitară desfășurată în anii 1916—1918, se cuvine să menționăm deosebita contribuție adusă de genialul compozitor George Enescu la acțiunile Crucii Roșii, menite să aline suferințele ostașilor răniți. Cîteva acțiuni inițiate de acesta sînt edificatoare: numai în șase luni ale anului 1917, Orchestra concertelor simfonice, dirijată de el, a dat la Iași 18 concerte, în majoritate în beneficiul răniților. „Concertul de violină dat de G. Enescu în folosul Crucii Roșii, în realitate în beneficiul celor care prin intermediul acesteia primesc ocrotire — arăta într-o cronică muzicală Paul Prodan —, a fost o sărbătoare pentru auditoriu și un eveniment artistic pentru muzicieni”. La 19 mai 1917, același cronicar nota: „Eri, în curtea Spitalului 423 de exantematici din Iași, condus de dr. N. Minovici, a avut loc o reprezentație în fața ostașilor convalescenți, care primeau de la ferestre. A cîntat neobositul Enescu, a recitat versuri Marioara Ventura, în uniforma ei de infirmieră de Cruce Roșie, au cîntat melodii populare artiștii lirici Elena Locusteanu-Bonciu și Jean Athanasie, precum și violonistul Socrate Barozzi, iar actorul Ion Manu a spus anecdote. Am plecat apoi la Botoșani, unde în sala teatrului a avut loc o reprezentație în folosul invalizilor de război. Au cîntat George Enescu și pianista Muzza Ghermani”.

Oameni care prin contribuția lor în eroicii ani 1916—1918 au confirmat omenia caracteristică poporului nostru. Acea omenie pe care rareori au acceptat s-o explice, chiar cînd au fost întrebați peste ani: care este cea mai frumoasă faptă ce a-ți săvîrșit în viață? Iată cum definește, totuși, binecunoscuta scriitoare Hortensia Papadat-Bengescu, și ea în anii aceia infirmieră voluntară de Cruce Roșie: „...Am, poate, totuși, de adus o faptă mai deosebită, nu strict individuală, dar unitară, ca un singur om, atît în dăruirea mea cît și în primejdia celui alt. M-am oferit cu pasiune, cu frenezie, aproape cu dezertare de la orice datorie familială, răniților. M-am identificat cu natura, cu știința, care luptau să-i salveze, la măsuri care îmi dau curajul a spune că uneori am reușit a întoarce pe unii din ei de la moarte.”

Nicolae TURTURESCU

PROTECȚIA ORFANILOR DE RĂZBOI

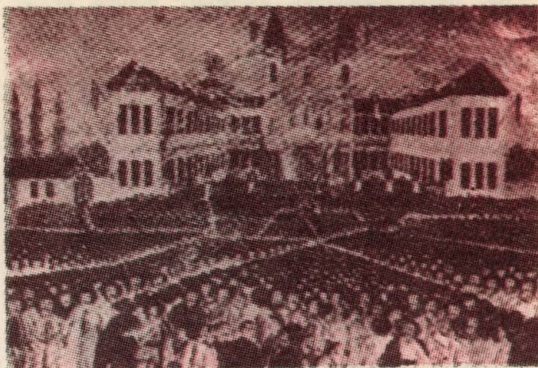
„Noi, subsemnatele, cugetînd la tristecele urmări ce resbelul civil au lăsat mai virtos în Transilvania, privind la mulțimea orfanilor români ai căror părinți au căzut prin furia resbelului trecut și știînd că națiunea noastră este cea mai lipsită de așezăminte binefăcătoare, ținînd apoi și la nobilul scop de a putea mijloci o creștere mai solidă și mai potrivită cu timpul de față pentru partea femeiască mai scăpătată, ne-am unit într-o societate cu scop de a ajuta după putință creșterea fetițelor române mai sărace, și, mai intii, a celor cari au devenit orfane prin moartea în bătea sau omorul (amindurilor) părinților lor în decursul resbelului civil transilvan din anii 1848—1849.”

Acest prim articol al statutelor „Reuniunii Femeilor Române spre ajutorul creșterii fetițelor orfane, sărace și mai intiiu a acelor fetițe române ale căror părinți au căzut în revoluția din anii 1848—1849”, a fost publicat de „Gazeta Transilvaniei” din 24 martie 1850. La acea dată în Europa și în întreaga lume nu exista nici o societate care să-și propună un asemenea scop. Realizarea Reuniunii fusese gîdită cu aproape o jumătate de an înainte, ideea prinzînd formă în redacția ziarului „Gazeta Transilvaniei”.

1849: O IDEE UMANITARĂ ÎN „GAZETA TRANSILVANIEI”

Împrejurările istorice și potrivnicia vremurilor au făcut ca „primul ziar politic și informativ al românilor de dincolo de Carpați” — „Gazeta de Transilvania”, să ia ființă destul de tîrziu — la 12 martie 1838. Aprobarea fusese obținută cu un an înainte, în 1837, de un profesor brașovean — George Barițiu. Titlul și-l va schimba la 1 decembrie 1849, devenind „Gazeta Transilvaniei”.

Asemenea surorilor sale din acei ani din Muntenia, Moldova și Bucovina — „Pruncul român”, „Poporul suveran”, „Constituționalul” —, programul său, social și național, era acela de a face tot ce-i sta în putință „ca ziua cercării să nu-i aple pe români fără olei în lampă, rătăcind pe cîmpuri”.



Redactorii ei, George Baritiu, Iacob Mureșianu, Andrei Mureșianu, Gregoriu Maior, Traian Pop și Victor Branisce, începuseră o operă de apostolat pentru luminarea poporului, deși avuseseră mult de suferit pentru articolele ce le scriau, măturte stînd numeroasele procese ce le-au fost intentate lor și gazetei. Iacob Mureșianu, va răspunde din 1850 de suplimentul cu titlul „Foaie pentru inimă, minte și literatură”, a cărei lungă existență (2 iulie 1838–24 februarie 1865) avea să se concretizeze prin publicarea creațiilor literare ale scriitorilor din toate provinciile locuite de români. Colaboratorii vor fi Andrei Mureșianu, I. Ionescu de la Brad, C. Negruzzi, Al. Russo, C. Bolliac, I.H. Rădulescu, publicația aducindu-și contribuția la edificarea patrimoniului culturii românești. În ajunul revoluției de la 1848, ca și „Organul național”, ce apăruse în 1847 la Blaj sub conducerea lui Timotei Cipariu, „Gazeta de Transilvania” și prestigiosul ei supliment literar abordau problema revoluției pe planul întregii țări, tipărind și comentind documentele programatice de aceeași esență ale revoluționarilor din Moldova, Țara Românească și Transilvania. Pentru că – așa cum va scrie marele istoric și patriot român Nicolae Bălcescu – „Revoluția românilor de la 1848 n-a fost un fenomen neregulat, efemer, fără trecut și viitor, fără altă cauză decît voința întîmplătoare a unei minorități sau mișcarea generală europeană. Revoluția generală fu ocazia, iar nu cauza revoluției românești.

Cauza ei se pierde în filele veacurilor... Uneltitorii ei sînt optsprezece veacuri de trude, suferințe și lucrare a poporului asupra lui însăși”. După revoluțiile din Moldova și Muntenia, în condițiile izbucnirii revoluției de la Budapesta, a declarării Ungariei independente și a hotărîrii acestuia de a anexa Transilvania la noul stat maghiar, fără consimțămîntul populației majoritare românești, românii răspund prin convocarea Marii Adunări de la Blaj din 3–5 mai 1848. Consemnînd evenimentul „Gazeta de Transilvania” publică Proclamația de la Blaj a revoluționarilor transilvăneni, care cereau emanciparea națiunii române, abolirea sistemului iobăgîst, desființarea privilegiilor nobiliare, asigurarea unei vieți publice democratice într-un cadru nou, constituțional, „bazat pe principiile de justiție, egalitate, libertate și frăție”. În nr. 46 din anul 1848, în articolul intitulat „Pericolul este foarte mare”, se arată că în acele grele împrejurări maghiarii și românii trebuie să se sprijine unii pe alții „pe temeiul deplinei egalități”.

1. „Gazeta Transilvaniei”, 24 martie 1850.
2. 4. „Gazeta Transilvaniei”, 20 decembrie 1850.
3. Cornelia Badea: „1848 la români”, Editura Academiei, București, pag. 1152.
5. 6. „Carpații” nr. 339/1926.

Neînțelegerea acestor adevăruri a făcut însă ca în Transilvania evenimentele să evolueze într-o direcție tragică.

Au urmat cumplitele înclăstări armate și eroica rezistență din inexpugnabila cetate a Munților Apuseni, unde românii, sub conducerea lui Avram Iancu, Dobra și Ion Buteanu, au rămas neclintii. Dar cu prețul a mii și mii de morți. Despre aceștia, dar mai ales despre soarta copiilor lor, scria spre sfârșitul anului 1849 „Gazeta Transilvaniei”, arătând că întregi sate românești sint distruse, case prefăcute în ruine, iar printre acestea mii de orfani. „Cineva trebuie să intervină pentru a ajuta copiii eroilor care și-au dat viața în revoluția din anii 1848-1849”, scria „Gazeta Transilvaniei”. Așa apare și se impune ideea unei asociații vizînd ocrotirea lor.

15 DECEMBRIE 1849: RĂSPUNSUL FEMEILOR ROMÂNE

„Din îndemnuri, sfaturi și promisiua ajutorință a ginerelui meu — Iacob Mureșianu — scrie Maria Nicolau, prima președintă a viitoarei „Reuniuni a Femeilor Române spre ajutorul creșterii fetițelor orfane, sărace și mai întîiu a acelor fete române ale căror părinți au căzut în revoluția din anii 1848-1849” — am întreprins în 15 decembrie 1849 a pune în lucrare, prin constătuiri și îndemnuri între femeile române din Brașov, o societate sau o reuniune de femei pentru ajutorul creșterii fetițelor orfane și sărace”.²

Societăți filantropice feministe mai existau în Europa. Primele dintre acestea fuseseră înființate la începutul secolului al XIX-lea în Franța, apoi în Imperiul austro-ungar. Scopul lor era însă sprijinirea bolnavilor și săracilor. Nici una dintre ele nu-și propusese un obiectiv umanitar asemenea celui ce și-l propuneau acum femeile române.

Și astfel, la 15 decembrie 1849, în casa Mariei Nicolau din Brașov, soacra ziaristului Iacob Mureșianu, directorul prestigioasei gazete „Foaie pentru inimă, minte și literatură”, a avut loc prima „adunantă”, la care au participat peste 40 de femei. Aici s-a hotărît ca Adunarea constitutivă să aibă loc la 20 martie 1850.

„Suspînînd dimpreună cu toate surorile noastre pentru jertfele suferite în războiul trecut — se scria în apelul publicat —, se cade să punem și noi o jertfă pe altarul națiunii, noi pe care soarta nu ne-a asuprit de tot în revoluțiunea trecută... Trebuie să dăm dovezi în lume că bărbații noștri, care au făcut atîtea jertfe pentru națiune, au de-a dreapta lor soții demne de mîrinimitatea lor”.

Adunarea constitutivă a „Reuniunii Femeilor Române”, proiectată pentru data de 20 martie 1850, se ține patru zile mai tîrziu, tot în casa Mariei Nicolau. Ea „alesese de președintă pe Maria Nicolau, de secretară pe Zoița T. Ciurcu, de comisărese pe Agnes H. Gherovici și Carolina G. Orghidan... Prin voturi secrete spuse la ureche și însemnate cu trăsuri (linii)”.

Începuturile sint, desigur, modeste, dar Comitetul ales, sprijinit puternic de Iacob Mureșianu prin intermediul publicațiilor românești din Brașov, începe să acționeze mai întîi pe plan local,

apoi, la 10 noiembrie 1850, lărgind aria de adreșabilitate spre întreg publicul românesc din Transilvania printr-o așa-numită „Prochiemăciune”.

O SCRISOARE DIN BUCOVINA

Adeziunea femeilor este peste așteptări, române din toate provinciile vechii Dacii trimițînd scrisori de simpatie, cereri de afiliere și sume de bani. Între primele, mama ilustrului compozitor Ciprian Porumbescu trimite tocmai din Bucovina, aflată sub administrare austriacă, următoarea scrisoare datată 10 decembrie 1850, deci exact la o lună de la lansarea primului apel:

Emilia Porumbescu, din Șipot, Bucovina:
Către Comitetul Femeilor Române din Brașov:

„Prea venerande și creștine Comitet! Prochiemăciunea preavenerandului Comitet al «Reuniunii», cu data de 10 nov. a.c., care o cetii în Gazeta Transilvaniei nr. 29, deșteaptă în mine forța și adevărata dorință, ca și eu, deși bucovineancă, să nu rămîn măcar pentru viitor cu minile în sin, acolo unde surorile mele din Transilvania lucesc în fața (nu zic a lumii, căci știu că aceasta nu pentru ochiul lumii o faceți) ci în fața inimii națiunii române cu o virtute demnă de toată lauda și recunoștința.

Doresc, așadar, și eu, cu toată fervoarea, să mă pot și eu mingăia cu voi, preavenerandelor, dimpreună cu putincioasă-mi confăptuire spre laudabila țintă, care ve-o prefipseți voi, conlucrătoarelor a frumoasei societăți alei «Reuniunii Femeilor Române». Doresc, adică, să fiu și eu, să conlucr și ca «membră» a societății voastre după cît mă va erta starea și împrejurările mele cele modeste. Spre acest sfîrșit rog prea venerandul comitet ca să-mi împărtășească statutele și condițiunile sub care aș putea intra în laudabila-vă societate. Ce se atinge pentru contribuirea, la care prochiemăriți pe toate simțitoarele române la grabnica ajutorare a bietelor fetei orfeline române, cu aceasta drept mă întirziai, pentru că tîrziu sosii știrea la mine, însă ca să-mi justific măcar buna-mi voință alături aici pre cît pot, adecă 3 florini argint: rogu-vă primiți-măcar ca pre cei «doi bani ai văduvei» — sperînd că consororiile mele bucovinene de starea mea nu numai imi vor urma marea mea bunăvoințe, însă debilei mele fapte, ci mă vor rușina într-o cauză, care după cum zisei nu e numai demnă de toată lauda, ci și de toată mulțumirea și respectarea»³.

„CĂTRE PUBLICUL ROMÂNESC DE PRETUTINDENI”

Scrisori și donații încep să se adune din diferite orașe ale tuturor țărilor românești, așa cum se așteptase, de altfel, Comitetul Femeilor Române cînd publicase, la 20 decembrie 1850, apelul adresat „publicului românesc de pretutindenii”, apel care începea cu această neasemuită profesiune de credință a femeilor române, așa cum se intrupa la mijlocul secolului al XIX-lea:

„Noi, mamele, sintem talpa și fîntina vieții sociale; prin laptele nostru se nutresc regii și șerbii, principii și cerșetorii, capii și supușii. Și o! cît de mult depinde fericirea națiunii și a statului de la buna creștere casnică, care cu toate că natura ni-a sămănat în inima noastră și religie i-a dat o direcțiune socială între noi, ea totuși după cerințele veacului de acum așteaptă o mai mare perfecțiune”.⁴

UN ARTICOL PENTRU „TIMES”

Importanța acestei instituții naționale românești este evidentă pentru prima dată într-o scrisoare din anul 1850, trimisă de către marele pictor și revoluționar român Constantin Daniel Rosenthal de la Paris, unde se afla în exil, lui C.A. Rosetti, la București. În această scrisoare, Rosenthal îi comunica lui Rosetti date referitoare la revoluția din Transilvania din 1848-1849 și la urmările acesteia, date necesare lui Rosetti pentru publicarea în ziarul „Times” din Londra a unui articol referitor la revoluția din Țările Române:

„Poveștiți - îl îndeamnă Rosenthal - și frumosul rol pe care femeile l-au jucat pe timpul războiului Transilvaniei, pe care Boliac și frațele meu ți le vor spune. Faceți să relasăți toată importanța asociației femeilor transilvănene, al cărei scop este educația orfanilor din războiul pentru independență. A arăta că acest comitet cu reședința la Brașov este compus numai din femei, avînd ca președintă o femeie, ca secretar o femeie, casier o femeie. A pomeni numele lor dacă veți putea să vă procurați „Gazeta Transilvaniei” care vorbește despre aceasta”.⁵

C.A. Rosetti va stringe un material cu totul inedit pentru a face cunoscut, prin intermediul unui ziar cu difuzare internațională, nu doar programul și acțiunile revoluționarilor români de la 1848, ci și date despre o caracteristică definitorie a românilor: omenia.

PRIMUL OBIECTIV: PATRU ȘCOLI

Donățiile mai importante încep să sosească la aproape un an de la înființare, dar într-un mod neașteptat: prin intermediul unor femei care se constituie, în diferite orașe, ca reprezentante ale „Reuniunii”. Cea dintîi colectantă de acest fel este Ecaterina Iova Popovici din Lugoj, care trimite, la 19 martie 1881, „Reuniunii” „ca o culegătoare în numele femeilor lugojiene”, 172 fiorini de argint.

Un puternic răsădit are apelul în rîndul femeilor din Munții Apuseni, teatrul eroice rezistențe sub conducerea lui Avram Iancu. Ana Mihali înființează o filială a „Reuniunii” la Abrud.

În iulie 1851, o sumă importantă este primită și din partea femeilor din Tg. Mures. „Ne rugăm de iertare - scrie colectanta Ana Filip - că așa tirziu ne-am împlinit dregătoria pentru scopul cels sfînt. Aicea vă alăturăm colecta făcută în cetatea noastră”.

211 fiorini și 20 creștari trimite și Eva Moldoveanu din Deva, la 31 august 1851, însoțită de o scrisoare în care spune: „Surorile voastre de aici, pătrunse de sfințenia însoțirii femeilor Reu-

nunii, își ținură în cea mai strînsă datorință a păși ca membre ordinare și ca binefăcătoare la acea însoțire patriotică națională... De Providență ca aceste picături mici să crească prin decurgerea timpului în acel ocean mare, care să îndestuleze cu adăparea sa pe fetele orfeline și lipsite din toate unghiurile României”.

Încep să sosească diferite colecte din București, din Cernăuți și Iași.

Într-o colecție din București, printre numele persoanelor „colectate” de Teodorita Băleanu, le găsim pe cele ale lui Nicolae Butculescu, Constantin Coribolu...

La fel, din Cernăuți, marele profesor și patriot Aron Pumnul trimite donații.

Un puternic sprijin are „Reuniunea” la Sibiu în persoana medicului și publicistului Pavel Vasici și a soției sale Iulia.

La Arad și la Timișoara colecta o face „doctor de medicină” Atanasie Sandor, colaborator al „Gazetei Transilvaniei” și soția sa.

Dar colecte vin acum și de la Cluj, Dej, Reghin, Orăștie, Craiova...

Iar din Moldova, profesorul Constantin Hurmuzachi trimite mai întîi lui Iacob Mureșianu 100 fiorini, apoi, ajutat de sora sa, Elisa Sturdza, mai multe colecte făcute în Moldova și contribuția familiei sale în sumă de aproape 300 fiorini de argint (500 de galbeni). Trimițînd banii adunați la prima colecție el îi scrie lui Iacob Mureșianu în 16 iunie 1852: „Acești bani s-au adunat prin mine. S-au adunat fără a aștepta invitațiune sau autorizațiune din partea onorabilului comitet. Autorizațiunea ne-am luat-o de la dorința ce o am pentru prosperitatea națiunii și de la conștiința datoriei ce toți avem în privința ei”.

Dar colecte sosesc și de la românii din Paris, Viena și Budapesta...

Din banii adunați, în 1855 se deschid la Brașov și Blaj primele „școale de lucru și educație națională a Reuniunii Femeilor Române”. Le vor urma școlile înființate cu ajutorul ei la Sibiu și la Cîmpeni.

UN FAPT FĂRĂ PRECEDENT ÎN ISTORIE

Plecat de la Paris la Budapesta pentru a-și continua activitatea revoluționară, pictorul Rosenthal este arestat. Va muri în închisoare, dar opera sa va dăinui peste veacuri. Alături de ea, în tezaurul de inimă al națiunii noastre sînt și aceste cîteva cuvinte pe care ni le-a lăsat despre „Reuniunea Femeilor Române”:

„Este un fapt unic în ambele părți ale lumii, fără precedent în istorie. Este un fapt imens. În ochii mei e cel mai mare fapt al timpurilor moderne, este prima răsărire a aspirațiilor și străduințelor socialiștilor, cugetătorilor, prietenilor umanității”.

Primele societăți de Cruce Roșie urmau să apară în Europa abia în 1863, iar preocupările ce le vor deveni tradiționale în protecția victimelor războaielor - orfanii și invalizii de război - se vor impune mult mai tirziu.

Femeile române devansaseră una dintre preocupările umanitare ale Crucii Roșii!

Cristian IONESCU

O NOUĂ „THALIDOMIDĂ“

Înainte de lansarea pe piață, fiecare nou medicament este supus unor verificări foarte amănunțite privind atât eficiența cât și toxicitatea pe termen scurt sau lung; se fac, în prealabil, experiențe fie pe animale, fie de altă natură. Numeroase țări și-au îmbunătățit legislația, care asigură o atență supraveghere a produselor farmaceutice înainte de a fi omologate. Cu toate acestea, uneori, nu au putut fi prevăzute toate urmările pe termen lung, la anumite categorii de bolnavi sau la pacienții din anumite locuri de pe glob, ale unor medicamente mai mult sau mai puțin verificate de timp.

Efectele benefice ale sulfamidelor, care erau generos folosite prin anii '50 pentru a proteja prematurii de infecții, au fost anulate de riscul apariției unor leziuni permanente ale creierului. Sindromul medular la nou-născuți, care putea fi mortal, a fost o enigmă până când s-a constatat că este, de fapt, efectul tardiv al administrării, în doze masive, de Cloramfenicol copiilor, al căror organism este incapabil să-l elimine în mod convenabil. În 1938, otrăvirea fatală a mai mult de 100 de copii cu dietilenglicol, folosit ca excipient într-un sirop cu sulfamide, a declanșat în Statele Unite o revizuire fundamentală a regulilor de securitate privind medicamentele. Clloquinololul, care s-a vândut ani de zile în Japonia, a fost implicat într-o epidemie locală, fără precedent, de afecțiuni neurologice, care a lăsat în urma ei aproape 10 000 de handicapați pe viață. Sărurile de bismut, prescrise mult timp în tulburările digestive, par a fi în legătură directă cu peste 1 000 de cazuri de encefalită din Franța.

Cauzele acestor urmări sint, evident, complexe. Administrarea medicamentelor, după cum se afirma în *Santé du monde*, poate juca un rol cheie, dar nu explică prin nimic de ce vulnerabilitatea indivizilor variază în funcție de anumite locuri sau de anumite momente. Amploarea unor accidente de felul celor menționate a atras atenția asupra faptului că toxicitatea indusă de medicamente este și o importantă problemă socială și că sint necesare verificări de o minuțiozitate deosebită pentru prevederea și prevenirea unor fenomene neașteptate.

Cea mai tragică lecție a fost cea a Thalidomidei, care, în 1961, a aruncat în arena discuțiilor sociale și politice toate procedeele de punere la punct a medicamentelor, punindu-se accentul pe necesitatea unui control ferm, guvernamental, în fiecare țară. Thalidomida, un sedativ general, socotit inofensiv pentru femeile însărcinate, nu a mai fost obiectul încercărilor de teratogenitate (producerea de malformații fătului aflat în uter) pe animale. Această absență de date s-a soldat, în final, cu nașterea a mii de copii cu malformații. Lecția Thalidomidei sugera că securitatea unui produs biologic activ nu poate fi stabilită în încercări de toxicitate pe termen scurt și că un



medicament poate avea reacții grave și neprevăzute, efecte ce pot rămâne mult timp ascunse. Mai atrăgea atenția și asupra faptului că nu întotdeauna experiențele făcute pe animale pot avea rezultate concludente pentru stabilirea urmărilor unor substanțe asupra omului.

Iată că la mai mult de un sfert de secol de la pilda drastică a Thalidomidei, în luna aprilie 1988 aflăm, din cotidianul *International Herald Tribune*, că un nou medicament, numit *Accutane*, a provocat în Statele Unite nașterea a aproape 1 300 de copii cu malformații grave (între 1982 și 1986) și este răspunzător de circa 1 000 de avorturi spontane, ca și de alte 5-7 000 de avorturi deliberate, făcute femeilor care se temeau că folosirea lui ar putea provoca deformări grave fetelor lor.

Medicamentul, al cărui nume generic este *Iso-tretinoin*, fabricat în Laboratoarele *Roche*, un departament al giganticei firme elvețiene *Hofmann - La Roche* din Basel, este administrat în tratamentul acneei severe. El a fost lansat în Statele Unite în 1982 și se estimează că până în 1986 a fost utilizat de aproximativ 300 000 de femei, dintre care, se apreciază, între 16 000 și 23 000 erau însărcinate când l-au folosit. Se mai afirma

PARADOX

Știința, tehnica au făcut pași uriași. Inteligența umană a născut „aparate inteligente”. Trăim într-o lume a microprocesoarelor, computerelor. Multe din tainele naturii nu mai sînt de mult taine. Și totuși... omenirea nu simte, în ansamblul ei, aceste binefaceri. Paradoxal, Terra este bintuită de o nouă epidemie ce nu e stăvilă - sărăcia. Zonele predilecte: Africa, Asia, America Latină - după aprecierile Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie.

În lume sînt înregistrați 881 milioane de oameni săraci, se arată într-un recent buletin al Organizației Internaționale a Muncii. În perspectiva anului 1995 se estimează o situație tragică - 90 la sută din populația globului va trăi sub pragul oficial al sărăciei dacă nu vor fi luate urgente măsuri atît pe plan intern cît și internațional. Pe zi ce trece sărăcia cîștigă teren. Tentaculele ei își pun dramatic amprenta asupra țărilor în curs de dezvoltare, care din sărăcie devin și mai sărace.

Politica economică discriminatorie a țărilor industrializate a dus la adîncirea decalajelor prin sărăcirea cronică a țărilor sărace. Se adaugă, ca și cum nu ar fi suficient, factori naturali vitregi: secetă prelungită, desertificare treptată, cutremure, cicloane, uragane, inundații. Și se supraadăugă, din păcate prin voința omului, o paradoxală irosire de forțe umane și materiale pentru înarmare. În timp ce seceta devastează zone întinse, iar solul nu mai poate oferi cu generozitate recolte, sume exorbitante sînt înghițite cu lăcomie pentru cercetări și realizarea de arme atît de sofisticate, încît oamenii de știință sînt

ingroziți la ideea, ce nu este de neacceptat, a scăpării lor de sub control. Paradoxal. Bani, tot mai mulți bani pentru întunericul Terrei cînd peste 40 de țări din cele mai sărace au un venit anual pe locuitor ce nu depășește 300-400 dolari. Dimensiunea tragediei este evidentă: să supra-viețuiești cu mai puțin de un dolar pe zi, epuizat de boală, de lipsa apei potabile, de carențe nutriționale. „64 de țări în curs de dezvoltare din 114 suferă de pe urma unui dezechilibru alimentar cronic”, dezvăluia un delegat FAO la Conferința mondială pentru alimentație, desfășurată în primăvara lui 1988 la Bruxelles.

Între 150 și 200 de copii la mia de locuitori din lumea a treia mor înainte de a atinge fragila vîrstă de un an, mortalitatea maternă este în creștere, iar numărul extrem de mic al medicilor scade datorită racolării lor de către țările bogate, care-și rotunjesc și pe acestea cale bogăția. Astfel, pentru multe țări cea mai mare epidemie o reprezintă sărăcia. Dincolo de cifrele cuprinse în statistici desprindem dimensiunea tragică a sărăciei. Desigur, eradicarea ei presupune fonduri.

Statistici ale O.N.U. atestă că ponderea sectorului cercetare în ansamblul cheltuielilor pentru producerea de armament a crescut în perioada postbelică de la 5 la 50 la sută; că din 1960 încoace au fost cheltuite în scopuri militare 14 trilioane dolari; că fiecare locuitor al Terrei muncește 3-4 ani din viață pentru scopuri militare. Azi fiecare al cincilea locuitor al frumusei planete albastre trăiește în mizerie absolută.

Zgîrcenie extremă la fondurile pentru supra-viețuire și nici o limită cînd e vorba de fonduri pentru mașinile „inteligente” ale morții... Să recunoaștem, e un paradox.

Valeria CHILĂU

ca, de fapt, nu au fost raportate și înregistrate toate cazurile de malformații legate de Accutane.

La sfîrșitul lunii aprilie 1988, *Food and Drug Administration* a început audierea mărturiilor unor experți, precum și pe cele ale fabricanților, privind efectele sale. Astfel, dr. Robert Stern, dermatolog la Harvard Medical School, a apreciat că este „o problemă serioasă, dar Accutane era singurul remediu pentru mulți pacienți desfigurați de acnee. Au fost mii, poate zeci de mii de pacienți în fiecare an cărora acest medicament le-a schimbat realmente viața. Nu aveau o alternativă la fel de eficace”. Dar dr. Godfrey Oakley, directorul Diviziei de malformații congenitale și infirmități de la *Center for Disease Control* (CDC) din Atlanta, își exprima opinia că Accutane este la fel de periculos ca și Thalidomida.

Carolyn R. Glynn, purtătorul de cuvînt al companiei care a fabricat medicamentul, afirma, însă, că datele prezentate de CDC sînt exagerate. Pe de altă parte, a menționat că firma producătoare a aplicat pe ciuitile cu Accutane o vizibilă etichetă de avertizare, care se pare că a fost ignorată de multe femei ca și de medicii care l-au prescris.

Firma își recunoaște indirect vinovăția, susținînd că avertismentul tipărit pe ambalaj nu a fost suficient și s-a oferit ca pe viitor să suporte costul testelor pentru sarcină la femeile care vor să folosească medicamentul și s-a angajat să intensifice campania de prevenire prin informarea atît a medicilor, cît și a femeilor gravide privind riscurile administrării lui.

Se pare că, în urma memorandumului întocmit la cererea guvernului de către epidemiologii agenției federale (CDC) se va revizui modul de import și de livrare a acestui medicament în Statele Unite.

Umbra Thalidomidei este încă prezentă. În imaginea alăturată vă prezentăm una dintre victimele celui medicament lansat în grabă, în goana după profituri cit mai mari. Cu toate acestea, scandalul provocat de Accutane a demonstrat că mai sînt destui producători care se fac că nu o văd. Acesta este adevăratul avertisment al unui „medicament” care a adus un nou val de copii infirmi pe viață.

Lucian HUIBAN

SECVENȚE DE CRIME À LA VIDEO...



Cazuri ca acelea pe care le vom relata în continuare sînt inserate în presa vest-germană. Ele atrag atenția asupra unui fenomen nociv al lumii contemporane: violența. Efect și cauză a unor producții așa-zis artistice de casete video. Victime: copiii și tinerii.

Berlinul Occidental, cartierul Neukölln. Doi copii - Olaf, în vîrstă de cincisprezece ani, și Ralf, de șaisprezece - stau în camera întunecată și proiectează filme video. O casetă după alta. După multe scene brutale, Olaf aprinde lumina și scoate aparatul din priză. Adoptă apoi atitudinea pe care a văzut-o în ultima casetă și spune:

- Mă duc să cumpăr un revolver. Așteaptă-mă.

Ralf nu-l întreabă nimic; știe despre ce este vorba. În urmă cu trei zile i s-a oferit lui Olaf, la o tonetă de jocuri distractive, „un pistol puțin folosit și ieftin”.

Băiatul s-a întors cam după un ceas și dintr-o geantă scoate un revolver ambalat în cirpe.

- Mi-au arătat tot, știu cum se umblă cu el - a spus. E încărcat. Hai să mergem!

- Unde? - a întrebat Ralf.

- Păi, nu știi? La Kai-Uwe.

Ralf se miră parcă puțin, dar dă din umeri și băieții ies în stradă. Nu merg mult. După colț intră într-un imobil înalt și la etajul trei sună la o ușă cu placă. Ușa o deschide un băiat înalt, blond și cu ochelari, în vîrstă de cincisprezece ani, Kai-Uwe. De fapt el nu este prieten cu cei

doi vizitatori, dar îi leagă o pasiune comună: video-casetele.

- Ahoe! - spune Kai-Uwe, și-i poartă înăuntru. Se îndreaptă spre camera lui întunecată; băiatul tocmai se uită la un film video. Ralf și Olaf știu că mama lui Kai-Uwe lucrează întreaga zi și acasă ajunge abia pe inserate. Tatăl, divorțat de mult, și-a întemeiat o altă familie.

Kai-Uwe n-o să mai intre niciodată în camera sa, Olaf scoate revolverul și-l împușcă în spate. Nefericitul încă mai are atîta putere ca să se întoarcă și, surprins, se uită la asasinul său. apoi cade pe covor. Olaf se apropie de băiatul căzut și mai trage de trei ori. Apoi începe fără grabă împachetarea. Oaspeții împachetează în gețile lor toate casetele video și un magnetofon obișnuit, cu câști. Apoi Olaf se mai uită prin toată casa. În biroul victimei găsește 500 de mărci, economii din banii de buzunar. Stringe tot, așa cum a văzut într-o video-casetă; din dulapul mamei mai scoate un colier. Apoi, ia poza „supermanului” văzut la video, îi spune lui Ralf, care stă proptit de ușă, fără prea mare interes:

- Putem merge.

În fața blocului opresc un taxi și se duc la cunoscutul „tîrg negru”, unde se face negoț cu tot felul de lucruri de proveniență dubioasă. Acolo, natural, vînd toate lucrurile furate la jumătate preț. Video-casetele nu le vînd, le păstrează pentru ei.

Anchetatorii sectorului de poliție din Neukölln nu au avut probleme prea mari pentru găsirea criminalilor. Casetele-video, felul lucrurilor dispărute, taximetristul, declarațiile celor de la „tîrgul negru” au ajutat la clarificarea întregului caz. După cinci zile ei au sunat la ușa locuinței lui Olaf. A primit zece ani, pedeapsa maximă pentru un minor.

Frankfurt pe Main în plin centru, orele 8,35, scurt timp după începerea programului la o bancă. Se deschide ușa și intră o persoană necunoscută, de statură mică. Fulgerător, își trage peste cap puloverul și scoate revolverul. După cinci minute pleacă cu 33 000 de mărci în buzunar. Apoi, ca și cum nu s-ar fi întimplat nimic, se duce la școală.

- Băiete, ești nebun de legat - îi spune profesorul de matematică băiatului care abia a implinit patrusprezece ani -, peste cîteva minute se și termină ora, de ce ai întîrziat?

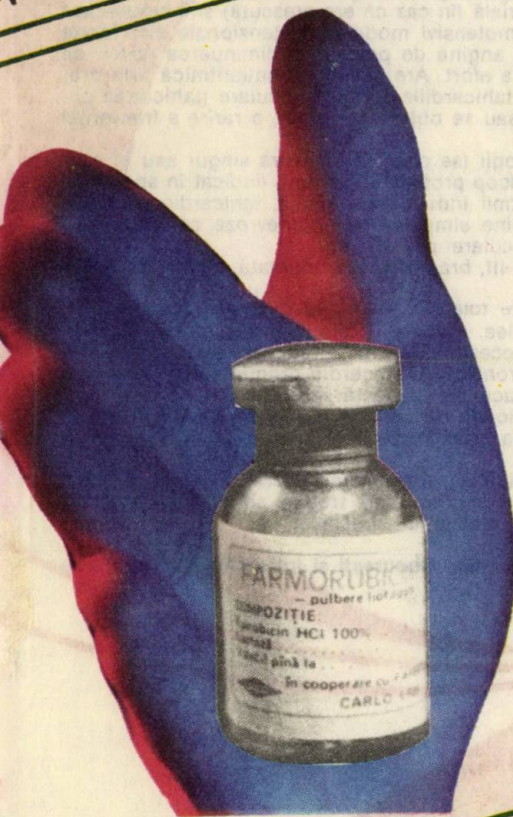
- Vă rog să mă iertați domnule profesor, nu m-am putut scula - spune el. Apoi se duce la locul lui și îi șoptește colegului:

- Am jefuit o bancă. Exact cum am văzut ieri seara la video.

Dr. George M. GHEORGHE

NOI MEDICAMENTE

FARMORUBICIN[®]



Acțiune terapeutică: Farmorubicin este un antibiotic antracilinic, capabil de a se lega de ADN, inhibind sinteza de acizi nucleici și, prin aceasta, activitatea mitotică celulară. La pacienții cu funcție hepatică și renală normală, după administrarea i.v. a 75–90 mg/m² de farmorubicină concentrația plasmatică realizată descrește exponențial prezentînd o primă fază rapidă și o fază terminală lentă cu o semiviață de aproximativ 40 ore. Calea principală de eliminare este cea hepatică; valorile ridicate ale clearance-ului plasmatic (0,9/min) și eliminarea lentă a produsului se explică prin concentrațiile tisulare ridicate ce se realizează.

Farmorubicina nu traversează bariera hematoencefalică.

Indicații: În mono sau polichimioterapie unor tumori maligne (carcinom mamar, limfoame maligne, sarcoame ale părților moi, carcinom gastric, melanom malign, carcinom recto-colic, carcinom pulmonar și carcinom ovarian).

Contraindicații: Mielodepresia marcată provocată prin citostatice sau radioterapie, la pacienții tratați cu doze mari, cumulative de antraciline (doxorubicină, daunorubicină); la pacienții prezentînd cardiopatii; în sarcină.

Reacții adverse: Alopecie (de obicei reversibilă în 60–90 la sută din cazurile tratate), la bărbați interesînd și barba; inflamații ale mucoaselor, după 5–10 zile de la începutul tratamentului, în principal sub formă de stomatită cu eroziuni dureroase localizate în general de-a lungul părților laterale ale limbii, pe mucoasa sublinguală; tulburări gastrointestinale (greață, vărsături, diaree); hipertermie.

Mod de administrare: După indicația medicului de specialitate, pe cale intravenoasă.

Atenție! Tratamentul cu Farmorubicin va fi făcut sub strictă supraveghere a medicului de specialitate, fiind individualizat și modulat în funcție de starea pacientului, urmărită printr-o atentă monitorizare.

Tratamentul cu Farmorubicin poate determina înroșirea urinei 1–2 zile după administrare.

Prezentare: — Flacon cu 10 mg epirubicin, pulbere liofilizată.

Flacon a 5 ml apă bidistilată

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm” — București, în colaborare cu firma Mentidison Group — Farmiteha Carlo Erba.

40 DRAJEURI

OXPRENOLOL

40 mg

NOI MEDICAMENTE

Produs sinonim: Trasicor, CIBA—GEIGY

Acțiune farmacoterapeutică: Inhibitor competitiv și reversibil al receptorilor beta-adrenergici, contribuind la protejarea inimii față de stimulările adrenergice exagerate (inclusiv factorii stresanți din mediul înconjurător). Scade presiunea arterială (în caz că era crescută) și îi moderează creșterile în stări de stres fizic sau psihic (la normotensivi modificările tensionale sînt foarte mici). Reduce intensitatea și gravitatea crizelor de angină de piept prin diminuarea nevoii de oxigen a miocardului și creșterea toleranței inimii la efort. Are o acțiune antiaritmică prin prelungirea timpului de conducere atrioventriculară. În tahicardiile supraventriculare (tahicardia paroxistică) se restabilește, în general, ritmul sinus al sau se obține cel puțin, o rărire a frecvenței ventriculare.

Indicații: Hipertensiunea arterială de diferite etiologii (se poate administra singur sau în asociere cu alte antihipertensive); angina de piept (cu scop profilactic); aritmii (indicat în special în tahicardie supraventriculară, fibrilație atrială și aritmii induse de digitală, tahicardie ventriculară); tulburări cardiovasculare funcționale de origine simpatico-tonică (nevroze cardiace, sindroame cardiace hiperkinetice, tulburări cardiovasculare psihogene).

Contraindicații: Bloc atrioventricular de gradul II—III, bradicardie pronunțată, insuficiență cardiacă refractară la digitale, șoc cardiogen.

Reacții adverse: În general Oxprenololul este bine tolerat. Uneori, la începutul tratamentului, pot apărea tulburări gastrointestinale, vertije, cefalee, oboseala, tulburări de somn (visse animate). Toate aceste manifestări sînt benigne și nu necesită decît rar o reducere temporară a dozelor. Efectele secundare de natură cardiacă sau bronșică (bradicardie pronunțată, insuficiență cardiacă, bronhospasm) se întîlnesc foarte rar, dacă se respectă indicațiile.

Atenție! Nu se administrează betablocante în perioada de sarcină și naștere (decît în cazuri absolut necesare) întrucît betablocantele pot antrena bradicardie la făt și nou-născut. Oxprenololul trece prin laptele matern.

Mod de administrare: Ținînd seama de contraindicațiile și reacțiile adverse pe care le poate produce Oxiprenololul, precum și de numeroasele precauții cu care trebuie administrat, medicamentul se va administra numai cu recomandarea medicului specialist.

Prezentare: Flacoane cu 40 drajeuri a 40 mg/drajeu.

Producători: Institutul de cercetări chimico-farmaceutice București și Întreprinderea de medicamente „Biofarm” — București.



Glaucină

Acțiune farmacoterapeutică:

Produs realizat pe baza studiilor întreprinse în cadrul Institutului de cercetări chimico-farmacaceutice din București asupra alcaloidului extras din planta Macul galben (*Glaucium flavum* Crantz) din familia Papaveraceae. Această substanță, purificată în laborator și testată din punct de vedere fizico-chimic, toxicologic și farmaco-dinamic, a demonstrat că exercită o acțiune antitusivă centrală asemănătoare codeinei, dar de mai lungă durată, avînd și un efect sedativ moderat, analgezic și hipotensor. Nu determină obișnuință și nu are acțiune asupra motilității tractului gastrointestinal.

NOI MEDICAMENTE

Indicații: Tuse uscată iritativă în cadrul unor afecțiuni ca: astmul bronșic, bronhopneumopatiile cronice obstructive, tuberculoza pulmonară, neoplasmul pulmonar.

Reacții adverse: Greață, somnolență, vertij, senzație de uscăciune a mucoasei bucale, hipotensiune arterială.

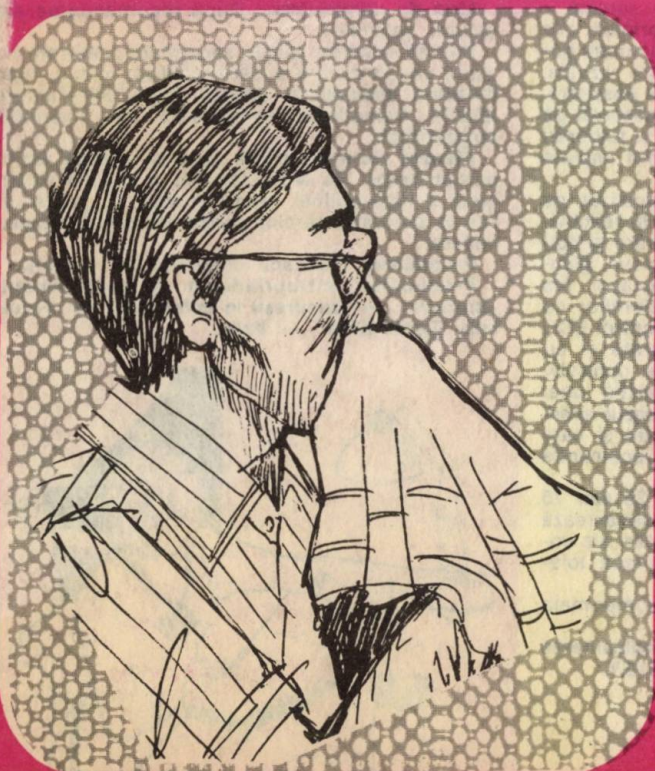
Contraindicații: Insuficiență cardiacă gravă, insuficiență renală, depresia centrului respirator, infarct de miocard, hipotensiune arterială.

Mod de administrare: După recomandarea medicului specialist.

Prezentare: — Flacoane a 40 drajeuri.

— Flacoane a 50 g soluție 2% — uz intern.

Producător: Întreprinderea de antibiotice Iasi



NOI MEDICAMENTE



Acțiune terapeutică: Antidepresiv tetraciclic cu acțiune netă în combaterea anxietății, stării de agitație, inhibiției psihomotorii și tulburărilor somatice care însoțesc starea de depresie psihică.

Un comprimat de Ludiomil conține 25 mg sau 75 mg clorhidrat de Ludiomil, care se absoarbe complet în tubul digestiv după administrare orală. Clorhidratul de Ludiomil trece în laptele matern.

Indicații: Depresii de diferite tipuri: endogene (periodice, ciclice), tardive (de involuție), psihologice (reacționale, nevrotice), de epuizare, somatogene (organice, simptomatice), mascate de climacteriu; alte distimii cu predominanță anxioasă, disforică sau iritabilitate, apatie (în special la vîrșnici), tulburări psihosomatice și somatice pe fond depresiv și/sau anxios; depresii și distimii la copii și adolescenți.

Contraindicații: Primul trimestru de sarcină.

Efecte adverse (care pot apare în primele zile de tratament): oboseală pasageră, uscăciunea gurii, constipație, tulburări de acomodare vizuală, amețeli; rar hipotensiune sau tahicardie pasageră. Uneori (în general în doze mari) s-au observat pe ECG modificări reversibile ale unde T și tulburări de conducere. Manifestările alergice pot impune schimbarea tratamentului.

Mod de administrare: Strict individualizat de medicul specialist în funcție de starea și reactivitatea pacientului. Prudență în administrare la bolnavi cu: leziuni hepatice sau renale grave, glaucom, tulburări de micțiune prin obstacol (de exemplu, afecțiuni ale prostatei). Pacienților cu cardiopatii și vîrșnicilor li se va face control ECG în cursul tratamentelor de lungă durată și cu doze medii. Se va face cu regularitate controlul tensiunii arteriale urmărindu-se apariția unei eventuale hipotensiuni ortostatice. În cazul apariției convulsiilor (la cei cu predispoziție și care primesc doze ridicate de Ludiomil) se recomandă asocierea anticonvulsivantelor.

Atenție! Administrarea de Ludiomil 25 sau 75 la conducătorii auto sau la cei care manevrează diverse mașini poate determina modificări ale coordonării neuromotorii sau poate diminua toleranța la alcool.

Prezentare: Flacoane conținând 20 comprimate a 25 mg sau 75 mg Ludiomil.

Producător: Întreprinderea de medicamente București, în cooperare cu CIBA-GEIGY.



Acțiune terapeutică: Reduce rezistența vasculară la nivel cerebral și îmbunătățește circulația arterială, consumul de oxigen și glucoză. Reduce rezistența vasculară la nivelul vaselor pulmonare și îmbunătățește circulația sanguină cu precădere la pacienții cu arteriopatie funcțională. Tensiunea arterială sistemică nu este influențată de dozele terapeutice de Sermion.

Indicații: Insuficiență cerebrală vasculară acută sau cronică (ateroscleroză, tromboză cerebrală, embolie, ischemie cerebrală, insuficiență vasculară periferică — acută sau cronică —, boli vasculare obliterante ale membrelor, sindrom Raynaud și alte sindroame însoțite de alterarea circulației periferice. Adjuvant în terapia antihipertensivă.

Contraindicații: Hipersensibilitate la nicergolină.

Mod de administrare: După recomandarea medicului specialist.

Reacții adverse: Efecte secundare (datorate acțiunii vasopresoare a Sermionului); uneori, hipotensiune arterială și amețeli după administrare; alteori, transpirații, somnolență sau insomnie, epigastralgie.

Atenție! Sermion poate potența efectul antihipertensivelor. Nu s-a evidențiat o acțiune teratogenă a nicergolinei. Medicamentul se poate utiliza în perioada sarcinii numai dacă este absolut necesar.

Prezentare: Flacoane conținând 50 drajeuri.

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm” — București în colaborare cu „Farmitalia Carlo Erba” — Italia.



Acțiune farmacoterapeutică: Ameliorează procesele biochimice cerebrale, care stau la baza activității de cunoaștere (memorizare, elaborare de comportamente condiționate ș.a.) mărind totodată rezistența creierului la: intoxicații acute, hipoxii, șocuri electrice sau termice, traumatisme. Acționează, se pare, selectiv la nivelul telencefalului ale cărui funcții asociative le îmbunătățește. Pe plan funcțional facilitează transferul intra și interemisferic și întărește controlul cortexului asupra structurilor subcorticeale, acționează predominant asupra componentelor cognitive ale proceselor psihice.

De reținut: Piracetam nu are acțiune stimulantă sau sedativă centrală, nu influențează sistemul nervos vegetativ, este lipsit de toxicitate și nu are contraindicații.

Indicații: Sindrom de involuție (presenescentă și senescentă) manifestat prin: deficit de memorie, astenie, tulburări de adaptare, reacții psihomotorii perturbate; accidente cerebro-vasculare și insuficiență circulatorie cerebrală; etilism cronic și diferite toxicomanii; sindrom post-traumatic (cefalee, vertij, agitație ș.a.); în terapeutică infantilă (pentru facilitarea învățării și ameliorarea performanțelor intelectuale, precum și la copii nesociabili, „dificili”).

Mod de administrare: Conform recomandărilor medicului specialist.

Mod de conservare: La adăpost de căldură, umiditate și lumină.

Prezentare: Cutii cu 5 fiole de 5 ml; cutii cu 100 fiole de 50 ml; cutii cu 6 pachete a 9 capsule; flacoane de sticlă brună cu 40 comprimate; flacoane de sticlă brună cu 54 capsule.

Producător: Intreprinderea de medicamente București.

40 comprimate

Piracetam
0,40g



20 drajeuri

Pirivin

Intreprinderea de
Medicamente
Bucuresti

Acțiune farmacoterapeutică: Neurotonic cu efect favorabil în tratamentul tulburărilor de memorie, de atenție și a stărilor de astenie; crește rezistența la efort fizic și psihic. Rolul substanțelor din formula Pirivinului este următorul: piritinolul ameliorează utilizarea glucozei de către celula nervoasă, vincamina adaptează debitul sanguin regional și utilizarea oxigenului circulant nevoilor metabolice cerebrale iar piridoxina îmbunătățește procesele de oxidoreducere, fiind implicată în metabolismul proteic, lipidic și glucidic.

Indicații: În perioadele de efort fizic și psihic (antrenamente, competiții sportive, examene); tulburări de memorie, atenție și auz, instabilitate emoțională; ateroscleroză cerebrală; copii convalescenți după boli anergizante (gripă, rujeolă, tuse convulsivă etc.), copii cu deficiente neuropsihice.

Reacții adverse: Rar hiperexcitabilitate, anxietate, hiposomnie.

Contraindicații: Se recomandă evitarea administrării produsului seara.

Mod de administrare: Conform recomandărilor medicului specialist.

Prezentare: Flacon cu 20 drajeuri.

Producător: Intreprinderea de medicamente București



CONDIȚII EXCELENTE DE CURĂ ȘI
ODIHNĂ VĂ OFERĂ

Aprecierea este întemeiată pe argumente științifice, această stațiune balneoclimaterică din județul Mureș, situată pe versantul sudic al Munților Gurghiu, la o altitudine de 530 m, dispunând de o climă cu efecte sedative asupra organismului și de factori naturali de mare valoare terapeutică: apa clorurosodică, nămolul sapropelic, climatul de crușare și aerul pur, bogat în aerosoli.

Sursa apelor clorurosodice, de mare concentrație, o reprezintă bazinul celui mai mare lac helioterm al Europei, cunoscutul lac „URSU”. Nămolul sapropelic pus în evidență de cercetările efectuate la lacurile „URSU” și „ALUNIS” constituie un factor terapeutic unanim apreciat de specialiști și de suferinzi, atât în tratamentul afecțiunilor reumatice, cât și în cele ginecologice.

Procedurile cu factori naturali sînt completate printr-o gamă largă de proceduri asociate: masaj, electroterapie, hidroterapie și cultură fizică medicală.

Tratamente complexe se recomandă în afecțiuni ale aparatului genital feminin (stări cronice, inflamații, cervico-vaginale și utero-anexiale, stări algice postoperatorii, diferite forme de sterilitate feminină, iar stadiul în care se efectuează cura balneară în aceste afecțiuni este stabilit, în funcție de evoluția bolii, de către medicul ginecolog. De asemenea, sînt influențate favorabil și stările dishormonale (perturbări ale ciclului menstrual), ovariene și tiroidiene hipofuncționale. Rezultate bune se pot obține în stările de premenopauză cu multiple tulburări neurovegetative și algiile musculare.

Dar și în numeroase boli reumatismale se obțin rezultate pozitive. Astfel, în reumatismul cronic degenerativ (spondiloze ale coloanei vertebrale), cu nevralgii cervicobrahiale și sciaticologice, se constată ameliorări evidente prin programul de kinetoterapie în apă sărată și împachetări cu nămol. De asemenea, în artrozele articulațiilor periferice se înregistrează ameliorări ale componentelor dureroase. Cele mai bune rezultate se înregistrează în reumatismele abarticulare (periartrite, tendinite).

Prin utilizarea climatoterapiei și a procedurilor sedative (băi de plante, băi cu bule, programe de gimnastică de relaxare, cură de teren) se influențează favorabil și nevrozele, iar prin cure profilactice de relaxare, recomandate la Sovata în stări de oboseală și în disfuncțiile minore ale aparatului locomotor, se obțin rezultate bune.

Totodată în stațiune se pot efectua tratamente — în scop profilactic și terapeutic — cu produsele Gerovital, Aslavital, Pell-Amar și prin acupunctură.

Dar numai respectarea indicațiilor medicale în pregătirea organismului pentru cură la Sovata asigură o eficiență maximă tuturor procedurilor.

În același timp, Sovata este o localitate în care se poate petrece un concediu agreabil, asigurând liniște desăvîrșită, o atmosferă nepoluată, un cadru natural pitoresc și posibilități variate de agrement și excursii.

Stațiunea balneoclimaterică Sovata oferă condiții excelente de odihnă și tratament, punînd la dispoziția oaspeților săi un complex sanatorial cu 1000 de locuri și cu bază proprie de tratament. Cea mai tinărită unitate de cazare este un nou și confortabil minihotel de categoria I-a.



SEJUR RECONFORTANT, AMBIANȚĂ, OSPITALITATE

Amplasate în zone de un pitoresc aparte, caracterizate prin liniște odihnitoare și aer ozonat, în stațiuni balneare sau în apropierea lor, unitățile turistice din diferite județe ale țării asigură, în toate anotimpurile, amatorilor de drumeții, vacanțe sau cure, un sejur reconfortant, ambianță plăcută și ospitalitate.

Pentru orientarea dv. vă oferim câteva date despre unele din aceste unități turistice.

În județul Prahova, Hanul „Breaza”, din localitatea cu același nume, are 60 locuri de cazare și un modern restaurant iar Hotelul „Ciucas” din orașul Vălenii de Munte dispune de 108 locuri de cazare, în camere cu încălzire centrală, și un restaurant cu terasă.

În județul Suceava, atît de bogat în comori de artă și așezări cu vechi tradiții, vă așteaptă ca oaspeți hanurile „Drăgușeni” (la 52 km de Suceava, pe D.N. București-Bacău-Suceava la km. 384), cu 42 locuri de cazare și un spațios restaurant; „Ilișești” (îngă localitatea cu același nume), cu 94 locuri de cazare și un modern restaurant cu 280 locuri la mese; „Sucevița”, cu 82 locuri de cazare și un restaurant cu 180 locuri la mese.

În județul Harghita puteți poposi la Hanul „Izvorul Mureșului” (foto 1) din cunoscuta stațiune climaterică, sau la Hotelul „Praid” situat lângă salină renumită pentru proprietățile sale terapeutice. În drum spre Praid, la 2 km de comuna Corund, în care se găsesc izvoare cu ape minerale, vă așteaptă Hanul „Corund” iar la 20 km de Praid, pe șoseaua către Gheorghieni, la peste 1200 m altitudine, vă puteți odihni la cabana „Buciu”.

Dacă doriți să drumețiți prin județele Timiș și Arad, dintre numeroasele gazde primitoare care vă așteaptă amintim: Complexul turistic „Padeșul” (cu 42 locuri de cazare și restaurant) din localitatea Făget, hanurile „Ana Lugojana” (situat la 9 km de Lugoj) și „Timiș-Șag” din localitatea Șag. În caz că efectuați o cură balneară la Buziaș puteți beneficia de serviciile hanului „Silașiu” (foto 2) cu 59 locuri de cazare și restaurant, iar în stațiunea balneară Lipova-Arad, de cele oferite de hotelul și restaurantul „Lipova” (foto 3).

Reținerea din timp a locurilor în aceste unități turistice se poate face la: Agenția de turism din București (str. 13 Decembrie nr. 26, telefon 14 52 09), agențiile UJCOOP din Cluj-Napoca, Craiova, Iași și Timișoara, precum și prin responsabili cu turismul din cadrul Uniunilor județene ale cooperativelor de producție, achiziții și desfacere a mărfurilor și credit.

ELEGANȚĂ, COMODITATE,
SĂNĂTATE FOLOSIND

Blănuri naturale



Folosite din cele mai vechi timpuri, pentru buna protejare a corpului în condițiile unei clime aspre, blănurile naturale sînt astăzi unanim apreciate pe toate meridianele.

Elegante, fiind mereu adaptabile la evoluția model, ușoare și totuși călduroase, asigurînd nu numai un marcat grad de confort și comoditate, ci și condițiile necesare menținerii sănătății în anotimpul rece, blănurile naturale au o durată mare de utilizare, cu condiția să fie bine întreținute și păstrate.

Dintre condițiile de întreținere și păstrare, menționăm: să nu fie purtate pe timp de ploaie sau de ninsoare abundentă (dacă, totuși, au suferit acțiunea acestora, se scutură bine de apă și se așază pe un umerăș, departe de sursele de căldură, pentru a se realiza o uscare cît mai lentă); să fie ferite de contactul cu grăsimi; să fie păstrate vara în locuri întunecoase (cu mici săculețe de naftalină) iar periodic să fie aerisite și scuturate ușor cu un băț lustruit (operațiune care va fi executată, de preferință, în zilele cu umiditate ridicată în aer, chiar cețoase) după care să fie lăsate afară pe un umerăș, măsură ce le va conferi suplețe, moli-ciune și luciu.

Magazinele cu blănuri naturale și raioanele cu aceste articole din marile magazine ale comerțului de stat oferă o gamă variată de sortimente de blănuri naturale (vulpe albastră, nură, caracul etc.), din care sînt confecționate, după cele mai recente cerințe ale model, compleuri (alcătuite din căciulă și haină), garnituri (formate din guler și căciulă), mantouri și scurte pentru anumite ocazii și pentru fiecare zi, pentru toate vîrstele și pentru cele mai exigente gusturi.

ÎN TOAMNA ȘI IARNA 1988—1989

CUM VA FI MODA ?

Prin paleta coloristică și prin „linia” mereu nouă a articolelor de confecții, vestimentația contribuie considerabil în anotimpul rece la păstrarea sănătății. Cunoscând această contribuție, creatorii de modă din țara noastră au utilizat în conceperea articolelor de îmbrăcăminte pentru toamna și iarna 1988—1989 un larg evantai cromatic și croieli care să le asigure acestor articole eleganță dar și posibilitatea creării unui strat izolator de aer capabil să protejeze corpul de mediul ambiant rece și umed.

În îmbrăcăminte pentru femei un rol important din punct de vedere coloristic vor avea auriul și tonurile închise. În ceea ce privește structura țesăturilor, predominante vor fi cele tip lină cu diverse amestecuri și mătase, cu efecte și tușeuri originale. Desenele acestor țesături vor fi variate (carouri, flori, tip jaqard), iar lungimile vor evolua destul de mult, situându-se: deasupra genunchiului (mini), la genunchi sau coborite sub gleznă, în concordanță cu destinația sau stilul ținutei. Gama sortimentală va cuprinde: pardesiul-mantoul, hainele de iarnă din diferite țesături tip bumbac și mătase, jacheta, trenziul, taiorul-compleul, rochia, fusta și pantalonul. În cadrul sortimentului de haine pentru sezonul rece se vor găsi în magazine scurte 3/4 și 7/8, precum și haine lungi mallasate pe vată sau căptușite cu blană artificială, articole care demonstrează că moda feminină pentru toamna și iarna 1988—1989 va putea răspunde tuturor gusturilor.

Moda pentru bărbați în aceleași anotimpuri confirmă, prin paleta coloristică, reîntoarcerea la clasicism în diferite variante. Deși vor predomina tonurile închise, ele se vor armoniza cu

cele neutre, acestea se vor alătura celor reci iar cele vii celor clasice. Și în îmbrăcăminte bărbătească auriul va avea un rol important. În ceea ce privește structura țesăturilor, vor predomină cele melanjate, cele matlasate și cele reiate, precum și țesăturile în dungi (pentru costume), cele iuni (pentru pantaloni) și cele fantezi (pentru sacouri, pardesie și paltoane). Din gama sortimentelor de îmbrăcăminte pentru sezonul rece menționăm: impermeabilele, cu căptușeli călduroase (din blană artificială) cu efecte de matlasat și lighele, care subliniază detaliile și cu talia marcată de un cordon. De asemenea, costumele clasice (cu sacoul cambrat, la unu sau două rinduri ori cu nasturi așezați în formă de V), precum și jachetele și scurtele sport sau bluzoanele amintind de cele ale aviatorilor și motocicliștilor.

Moda pentru copii și adolescenți menține caracteristicile de ansamblu ale modelului pentru adulți, cu amendamentele specifice grupei de vîrstă căreia i se adresează și cu mențiunea că aici culorile au o paletă mai reținută, cu pete de culoare explozivă.

Din gama sortimentală deosebit de variată, prezentă în magazinele de confecții aparținînd sectorului comerțului de stat, mai menționăm pentru femei modelele de haine de iarnă executate din țesăturile „Avrămuț”, „Băița” și „Emil H”; pentru bărbați pe cele din țesătura „Costești” iar pentru copii modelele realizate din țesăturile „Adrian”, „Blugi” și „Mărțișor”. De asemenea, pentru toate vîrstele și toate gusturile, diferite modele de pantaloni și de salopete matlasate.



CEAINĂRIILE

APARTINÎND SECTORULUI DE ALIMENTAȚIE PUBLICĂ AL COMERȚULUI DE STAT

vă pot servi zilnic, într-o ambianță plăcută, indiferent de oră, ceaiul preferat din plante medicinale și preparate de patiserie-cofetărie.

Consumați ceaiul preferat în ceainăriile sectorului de alimentație publică în tot timpul anului.

- Tonice ● Aromate ● Calmante
- Bogate în substanțe nutritive

PENTRU
TOATE
VÎRSTELE

JOCURILE LOGICE

JOCURI EDUCATIVE — JOCURI COLECTIVE

Jocurile logice, educative, colective sînt, în ultimul timp, tot mai mult solicitate de compărătorii de toate vîrstele.

Întreaga gamă de jocuri și jucării realizate de CENTROCOOP sub emblema „JECO” este astfel concepută încît să contribuie la stimularea inițiativei, capacității de creație, independenței de acțiune și gîndire, la dezvoltarea spiritului de colectivitate.

Jocurile și jucăriile realizate sub emblema „JECO” pot contribui, de asemenea, la dezvoltarea proceselor de cunoaștere, percepție, reprezentare, limbaj, imaginație, atenție voluntară, urmărind însușirea și consolidarea cunoștințelor, formarea personalității copiilor, și, implicit, a unor trăsături de caracter ca: perseverența, cinstea, hărnicia, curajul, spiritul de ordine și disciplină, responsabilitatea.

De aceea, jocurile logice, jocurile educative, jocurile colective sînt daruri utile pentru copiii dv. de toate vîrstele.

În București, ultimele noutăți se găsesc în magazinele „Recoop” din: Calea Victoriei nr. 16—18 (Pasaj), Bd. Republicii nr. 80 A, Calea Moșilor Nr. 135, str. 13 Decembrie nr. 26 și la micromagazinul din holul Teatrului „Ion Creangă”.

La cerere, jocurile pot fi expediate la domiciliu prin unitățile „Comerțului prin coletărie” sau „Cartea prin poștă”, str. Sergent Nițu Ion nr. 8—12, cod 76324, sector 5, București. Se onorează comenzi în valoare de minimum 100 lei, cu plata ramburs la primirea coletului.

Sugestii privind jocurile lansate sau crearea de noi jocuri, precum și comenzi din partea unităților comerciale se primesc la „RECOOP”, str. Sf. Ștefan nr. 21, sector 2, cod 70306, telefon 13 81 75 și 13 62 60, telex 10393.

Atenție! Vă rugăm rețineți emblema:



IGIENA LOCUINTEI
SE REALIZEAZĂ RAPID CU

ASPIRATOARELE DE PRAF: AP-10 AP-10E AP-20S AP-21

Praful este nu numai unul din poluanții mediului ambiant, ci și un factor de risc important al sănătății, un pericolos alergen. Înlăturându-l cât mai des din locuința dvs., vă asigurați o bună igienă, element hotărâtor în prevenirea îmbolnăvirilor.

Mobila, cărțile, spațiile greu accesibile, covorașele, tapiseriile, îmbrăcămintea groasă pot fi curățate rapid de praf, utilizând oricare dintre noile tipuri de aspiratoare AP 20 S, AP 21, AP 10, AP 10 E. Acestea au următoarele caracteristici tehnice:

- **Putere de absorbție mărită:** 460 W pentru aspiratoarele AP 20 S și AP 21; 600 W pentru AP 10 și AP 10 E;
- **Permit refularea verticală a aerului,** înlăturând astfel posibilitatea de împrăștiere a prafului de pe suprafețele încă necurățate;
- **Se manevrează ușor** datorită celor două roți, plus roata pivotantă.
- **Pot fi conectate la priza de alimentare cu tensiune fără împănțare,** noile tipuri de aspiratoare fiind construite în clasa a II-a de protecție.
- **Au numeroase accesorii:** perie complexă cu funcțiuni multiple pentru curățarea suprafețelor plane; perie triunghiulară pentru biblioteci, mobilă etc.; duză îngustă pentru spații greu accesibile, calorifere etc.; duză lată pentru tapiserii, îmbrăcămintea groasă: un tub flexibil; două bucăți țevi-prelungitoare.
- **De asemenea, au ca piese de rezervă:** patru saci de hirtie-filtru (echiparea cu saci de hirtie colectorii permite o exploatare igienică a aspiratoarelor) și două perii de cărbune.
- **Aspiratoarele AP 10 și AP 10 E au în dotare** și un indicator de umplere a sacului, cu ajutorul căruia se previne suprasolicitarea motorului.

Aspiratorul AP 10 E poate fi reglat electronic.

Forma constructivă atrăgătoare și în culori plăcute, designul și gama de accesorii pe care le prezintă aceste moderne aspiratoare de praf, satisfac cele mai exigente cerințe.

Rețineți costul fiecărui tip de aspirator: AP 20 S = 950 lei; AP 21 = 990 lei; AP 10 = 1 300 lei; AP 10 E = 1 560 lei; **precum și termenul de garanție pentru toate aceste tipuri de aspiratoare:** 6 luni de la data cumpărării.

AP
Necom



Practice, utile, necesare
în fiecare gospodărie modernă

MĂȘINILE AUTOMATE DE SPĂLAT RUFEE



automatic

Primele tipuri de mașini automate de spălat rufe produse în țara noastră — AUTOMATIC și AUTOMATIC SUPER — oferă următoarele avantaje demne de reținut, față de mașinile cu pulsator:

- Calitate sporită a spălării, asigurată de numărul mare de programe de spălat — la AUTOMATIC 12 programe iar la AUTOMATIC SUPER 16 programe — adecvate tuturor sortimentelor de rufe.

- Manevrare ușoară și simplă
- Consum rațional de energie electrică
- Siguranță în exploatare
- Uzură redusă a rufelor
- Executare, pe baza programării, a numeroase operații (prespălare, spălare, limpezire, stoarcere) și a unor tratamente speciale (apretare, albăstrire, înălbire, parfumare).

Toate aceste avantaje confirmă aprecierea specialiștilor și a tuturor gospodinelor care le folosesc ca mașinile automate de spălat rufe AUTOMATIC și AUTOMATIC SUPER sînt practice, utile și necesare în fiecare gospodărie modernă. Ele preiau o mare parte din efortul pe care îl depun gospodinele, creînd acestora, în schimb, posibilitatea sa folosească timpul liber dobîndit într-un mod cît mai plăcut.

Recom

automatic super

INFORMARE OPERATIVĂ,
EDUCARE COMPLEXĂ,
RECREERE VARIATĂ VĂ OFERĂ

RADIORECEPTOARELE PORTABILE

TOP **IRIS** **SONG**
SOLO **GLORIA**



Asemenea fiecărui om contemporan, simțiți necesitatea unei informări operative asupra evenimentelor de pe întregul glob, sînteți receptivi la toate modalitățile de creștere a nivelului de cultură și educație, de recreere în orele de repaus.

Toate aceste deziderate vi le puteți asigura cumpărînd unui din radioreceptoarele portabile TOP, IRIS, SONG, SOLO sau GLORIA, creații ale industriei electronice românești, care prezintă următoarele caracteristici:

- **Sînt ușoare și comode de purtat** (în buzunar, în poșetă, servietă sau atîrnate de umăr), **fiind ideale în drumeții și excursii.**
- **Au o bună sensibilitate și selectivitate, o audiție clară, plăcută.**
- **Au prețuri convenabile**

Pentru informarea dv, vă oferim cîteva date asupra radioreceptoarelor portabile TOP, IRIS, SONG, SOLO, GLORIA.

Denumirea radioreceptorului	Gama de unde	Sistemul de alimentare	Greutatea (g)	Prețul (lei)
1	2	3	4	5
TOP	UM	2 baterii R6 (1,5 V x 2)	200	341
IRIS	UL, UM	2 baterii R6 (1,5 V x 2)	250	371
SOLO 100	UL, UM	2 baterii R6 (1,5 V x 2)	290	371
SONG	UM UUS	3 baterii R6 (1,5 V x 3)	300	610
SOLO 300	UL, UM, UUS	4 baterii R6 (1,5 V x 4)	550	685
SOLO 500	UL, UM, US, UUS	4 baterii R14 (1,5 V x 4) sau rețeaua de 220 V	1 000	885
GLORIA	UL, UM, US, UUS	6 baterii R20 (1,5 V x 6) sau rețeaua de 220 V	1 100	1 382

ÎNȘOȚITORI PLĂCUȚI ÎN ORICE CĂLĂTORIE
CU AUTOTURISMUL

RADIORECEPTOARELE ȘI CASETOFOANELE
AUTO

Lira

STELA

RC 2341
RALLY



CORINA

3B Hecom



Denumirea aparaturii	Difuzoare	Gama de unde	Frecvența	Sistem de alimentare	Preț (lei)
Radiocasetofonul STELA - radioreceptor monofonic - casetofon stereofonic	2 x 3 w (5 ohmi)	UL UM	80-8 000 Hz	12 V (de la acumulatorul auto)	3 000
Casetofonul stereo CORINA	2 x 2 w (5 ohmi)	-	80-8 000 Hz	12 V (de la acumulatorul auto)	2 150
Radioreceptorul LIRA	-	UL UM US	-	12 V (de la acumulatorul auto, conectat la șasiul autotu- rismului)	1 330 (inclusiv antena)
Radiocasetofonul stereo RC 2 341 RALLY	2 x 3 w (3-8 ohmi)	UL UM UUS	80-8 000 Hz	12 V (de la acumulatorul auto)	4 140



ASIGURARE = PREVEDERE

Printre asigurările facultative care se pot încheia de către o persoană este și **asigurarea de accidente**. Această asigurare poate fi contractată de persoane în vîrstă de la 16 ani împliniți, indiferent de profesie și de locul de muncă. Dintre evenimentele neprevăzute cuprinse în asigurare, amintim: lovirea, căderea, alunecarea de teren, explozia, trăznetul, acțiunea curentului electric, arsura, înecul, degerarea, accidentele produse de funcționarea sau folosirea mașinilor, instrumentelor sau sculelor, cele întîmplate ca urmare a circulației mijloacelor de transport sau din cauza accidentelor întîmplate acestora etc.

Asigurarea de accidente se practică în următoarele variante:

- **Asigurarea de accidente**, care se contractează pentru sume totale de 19 000, 38 000 sau 57 000 lei pe durata de 3 luni sau pe durate constituind multiplul acesteia, pînă la 2 ani.

- **Asigurarea familială de accidente**, care cuprinde, pe lîngă asiguratul

principal, pe soția (soțul) acestuia și pe copiii în vîrstă de la 5 pînă la 16 ani, la suma totală de 15 000, 30 000 sau 45 000 lei pentru fiecare persoană, pe durata de 3 luni sau pe durate constituind multiplul acesteia, pînă la 2 ani.

Asigurările prezentate mai sus cuprind și pagubele la bunurile casnice și gospodărești, pentru o sumă asigurată de 5 000 lei de fiecare poliță.

- **Asigurarea „Turist”** se recomandă a se contracta cu ocazia efectuării unor deplasări. Această asigurare se încheie pe durata de o lună sau pe durate constituind multiplul acesteia, pînă la 1 an, și cuprinde atît cazurile de accidente ale asiguratului, cît și cele de pagube la bunurile casnice și gospodărești ale acestuia lăsate la domiciliu sau luate în deplasare.

Sumele asigurate sînt între 15 000 și 40 000 lei pentru cazurile de vătămări corporale suferite de asigurat (în funcție de natura accidentului) și de 20 000 lei pentru pagubele la bunurile casnice și gospodărești.

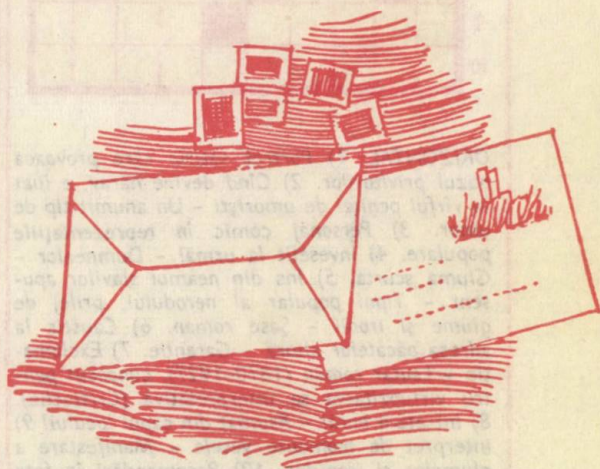
Rețineți: Pentru orice informații în legătură cu asigurările, vă puteți adresa sucursalelor ADAS, punctelor operative de lucru sau inspectorilor ADAS.

Hipocrate se amuză Scrisoare

Dragă mamă, mamă și iar... mamă,

Că ce-am pățit eu, să nu pățescă nici dușmanii mei! Îți scrie fiul tău iubit, ce-a plecat de-acasă și n-a mai venit. Doresc ca micile mele rîndulețe să te găsească foarte sănătoasă, că pe mine m-au găsit colegii foarte turtit sub o basculantă de zece tone. Așa că m-au încadrat pentru cîteva luni în reparație la „Chirurgie reparatorie”. Faci interior 101 și-ți răspunde sora șefă, care-i ca un frate, că-mi ia temperatura și țigările de trei ori pe zi și-ți spune ea cum să aranjezi cu portarul ca să te lase! Că dacă aveam un pic de minte și ceva mai multă grijă, dacă citeam cu atenție broșurica aceea cu „Atenție, pietoni” nu ajungeam aici, la spital, să mă împacheteze ca pe mumii. Habar n-ai ce-a mai rămas din mine — zece la sută din ce eram! Doctorul spune că am avut noroc. Norocul ăsta să-l aibe el, că mi-a spus să nu-mi desfac bandajul că mă-mprăști și mă livrează la „Articole cu amănuntul!”. Șase ore a cusut la mine și cînd l-am întrebat care e situația, ce șanse am, mi-a răspuns că „nimic nu e veșnic!”

Sevastița mea umblă în doliu, zice că „al ei” era mai lung și mai lat! Și are dreptate, săraca... că nu mai e „metrajul” meu! Sînt tot numai cofraj. Nici nu știu ce am original în mine, că majoritatea sînt din inventarul spitalului. Ce mai, am intrat în reparații capitale înainte de termen! Singur Costică m-a recunoscut. Prieten adevărat! E de joi seara aici, c-a stat la umbră și s-a răcorit cu rachiu de drojdie sub o basculantă de cinci tone! Cum era să-l vadă șoferul? Cînd a pornit hărăbaia, n-a mai rămas întreagă decît sticla goală! Ghinion! Ce-a mai rămas din Costică abia dacă așezi într-un cărucior cu patru roți! I-a spus tovarășul medic că după ce i-o scoate ghipsul îi face cadou un caiet de dictando în care să scrie de o sută de ori pe zi următoarea cimilitură: „Băutura ideală e să fii cu sticla goală”. Să se jure că în viața lui nu mai bea decît apă! Costică i-a răspuns: „Bine, doctore, apă... sigur că apă, dar în ce s-o pun?” Încolo, ce să-ți povestesc dragă mamă, mamă și iar mamă?



Spital mare, nou: etajul I — din curele de dinam, etajul II — din fierăstraie. Au început să primească și „speriați”. Vecinul de pat e motociclist — pacient vechi, cu experiență, că-i mereu în vizii; cînd el, cînd motocicleta!

Acum trebuie să închei și să mă duc în salon, că vine doctorul la vizită cu studenții să le arate pe viu, adică pe noi, că „Unde nu-i cap, vai de picioare, de brațe, antebrațe și femururi!”. Plec! Pornirea e mai grea: pînă-mi iau direcția, pînă-mi găsesc echilibrul și pînă mă uit de trei ori în jur, cu toate că în spital nu-s basculante!

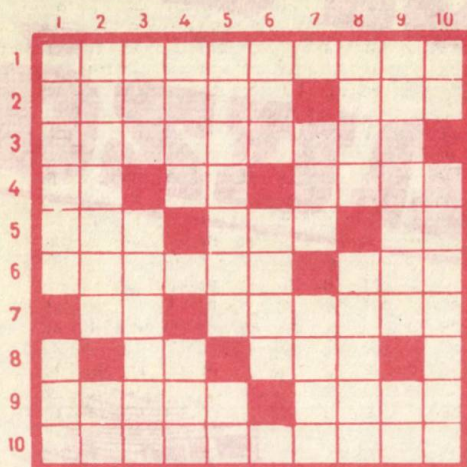
De scris și de iscălit, nu mă lasă ghipsul, așa că îl rog să scrie în locul meu pe colegul ăsta de la „Neuro”, care plînge tot timpul de bucurie! El zice că e umorist, dar eu știu că e astenic și-l cheamă...

Horia ȘERBĂNESCU

P.S. Cînd vii, duminică, te rog adu-mi broșura cu „Circulația rutieră” și o oglindă. E drept că de la izbitură mi-a căzut și părul din cap de frică, dar mă pieptăn din memorie!

Tot eu!

HAI SĂ RÎDEM!



ORIZONTAL: 1) Portret satiric care provoacă hazul privitorilor. 2) Când devine nărav, e luat în vârful penitei de umoriști – Un anumit tip de umor. 3) Personaj comic în reprezentațiile populare. 4) Învăeselit la urmă! – Dumnealor – Gluma scurtă. 5) Îns din neamul slavilor apusenii – Tipul popular al nerodului, prilej de glume și ironii – Șase roman. 6) Caustic la adresa păcatelor altora – Garanție. 7) Exclamație – Lăutar român (1870–1927), cunoscut pentru virtuozitatea sa interpretativă (Cristache). 8) Intrate-n horă! – Asumat din capul locului! 9) interpret de momente vesele – Manifestare a glumelor și ironiilor. 10) Recomandări în fața publicului ale numerelor din programul de varietăți.

VERTICAL: 1) Actori care provoacă buna dispoziție a publicului – Punctul de plecare al tuturor glumelor. 2) Călcarea anumitor reguli de comportare, prilej de manifestare a condeiilor mușcătoare (pl.) – În vârful creionului! 3) Manifestare a bunei dispoziții – Cascade de ris. 4) Veche măsură pentru vin în Ardeal – Culoare în care îți apare viața după o partidă de bună dispoziție. 5) Vas pentru „Five-o'clock”-ul lui Caragiale – Începe relaxarea! 6) Podiș în Sahara – Aici (pop.). 7) Fiul deșertului – Oșișor. 8) A zvînta – Vorbă de duh și de ris. 9) A readuce în memorie anecdote de pe vremea buncii – Umor la urmă! 10) Arma ascuțită a satirei – Gen de reprezentații cu spectacole în cadrul cărora se produc și clownii cu numere vesele (pl.).
Dictionar: ICCE, AIR, IBN.

Andrei CIURUNGA

PASTILE ȘI PASTILUȚE

• Moroșenească

Lui, medicul îi obiectează:
– Obezitatea-ți dăunează,
Pe munte urcă, fă mișcare.
– Atunci eu mînc și la culcare.

• În excursie

– Copacul e un monument,
Explică ghidul competent.
Turiștii toți l-au admirat,
Cu-atîtea nume... încrustat!

Naum SMARANDACHE

DIN TOLBA TIMPULUI

TELEGRAMĂ

Cînd să pornească la gară sa-și primească soția, lordache primește o telegrama: „PIERDUT TRENUL. PLEC MÎINE ACEEAȘI ORĂ”

Alarmat, lordache răspunde telegrafic:
„DACĂ PLECI MÎINE ACEEAȘI ORĂ,
PIERZI IARĂȘI TRENUL”.

EU CREDEAM CĂ...

— Păi, bine Moș Grigore, nu-mi mai dai nici bună ziua cînd mă vezi?

— Credeam că sînteți supărat, domn' doctor.

— De ce Moș Grigore?

— Păi, dacă n-am mai fost bolnav de atîta vreme...

LA FARMACIE

Clienta — Bună ziua. Aș dori să vorbesc cu dirigintele farmaciei.

Dirigintele — Eu sînt.

Clienta — Sînteți licențiat în farmacie?

Dirigintele — Da.

Clienta — Ce vechime aveți în profesie?

Dirigintele — 25 de ani.

Clienta — Al cîtelea ați ieșit la concurs?

Dirigintele — Al doilea. Dar de ce mă-ntrebați?

Clienta — Ca să mă conving că pot avea încredere în dv. Vă rog să-mi dați de 5 lei bomboane de tuse.

Culese și prelucrate de
Sergiu STANCIU

LA DENTIST

Următorul? Da, următorul aş fi eu, dar sînt gata să cedez rîndul celor trei din urma mea. Sînt nu-mai doi? Nu-i nimic. Aşteptăm sa vină şi al treilea. Nu, nu de frică. Pur şi simplu nu-mi place să le-o iau înainte. Cum o să iau loc? Adică eu să stau jos şi medicul în picioare? Ar însemna lipsă de respect faţă de dv., care... Mă rog, dacă altfel nu se poate, poftim, stau. Nu pe scaunul ăsta? Dar pe care? Pe cel de sub lampă? Păcat. Acela de lingă birou era mai comod. Nu, cum o să-mi fie frică? Dacă-mi era frică nu veneam la dentist. Ce-aţi întrebat, vă rog? Care mă doare? Nu mai ştiu. Cum am intrat aici, în cabinet, parcă m-a lăsat. Cred că-i o măsea mai capricioasă. Cum vede un halat alb, gata. Da, sigur, uitaţi-vă. Cu ce vă uitaţi? Cu oglinjoara asta? Ce să vedeţi în ea? Dantura? Vai,

nu vă mai deranjaţi. M-am ogindit singur, ieri, şi vă asigur că nu merită. Poftim? Bine. Tac. Dar cu bormaşina ce faceţi? Nu putem renunţa la ea? A, nu, ziceam şi eu, aşa, pentru că e un instrument cam zgomotos. N-auziţi cum bizîie? N-aş vrea să-i deranjăm pe vecini. Poate că doarme vreunul. Nu? Pe-aici nu sînt vecini? Foarte rău. Da, ştiu şi eu că trebuie să deschid gura, dar mai întîi vreau să vă întreb ceva: n-aveţi idee cine a inventat bormaşina? Cum de ce? Să fi inventat şi el, altceva. De exemplu, un aparat care să-i apere pe pacienţi împotriva bormaşinei. Şi cu acul ăla ce treabă aveţi? Lăsaţi-l încolo, că-i periculos, vreţi să vă înţepaţi? Cum? Să-mi scoateţi nervul? Care nerv? Eu mă ştiu om calm, fără nervi. Mă rog, dacă trebuie... Dar altfel nu mi-l puteţi scoate? De exemplu, prin metoda convingerii. Poate că înţelege şi de vorbă bună. Şi cleştele ăsta ce caută aici? Nu vă deranjează? Dar seringă? Nu-mi puteţi face mai întîi o injecţie ca să nu doară injecţia? Da, aveţi dreptate: din cauză că vorbeşte într-una nu puteţi lucra. Şi sînt aici de... cit? De o jumătate de oră?! Vai de mine! Am plecat! Cum de ce? Pentru că nu pot să vă răpesc atîta timp cînd afară aşteaptă şi alţii. Lăsaţi. Vin data viitoare şi luăm discuţia de la început. Că mie nu mi-e frică de dentist. Vă salut.

Fred FIREA

ÎNTRE ACE

ATENŢIE

Țineți hapurile bine
Încuiate în dulap.
Ca de umbla-n el oricine
O s-aveți dureri de cap.

LA DEZALCOOLIZARE

Îi dă doctorul să bea
Numai apă, evident,
El se strimbă cînd o ia,
Zice că-i... medicament!

UNUIA

Bea într-una moș Pande
De durere de măsele.
Sa se lase nu se-ndură
Ca mai are-un dinte-n gura.

Nicolae GHÎTESCU



Ride trist pe sub mustața,
Cugetînd despre pahare:
Ieri era cu ele-n față,
Azi - cu ele în spinare!

UN CAREU... CU DOP!

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1	I	N	T	O	X	I	C	A	T	I	E	
2	N	E	R	V	O	S			L	E	N	T
3	I	T	A	I		P	O	C	N	I		
4	M		U	N	S			B	O	T	T	A
5	A	R	M	A	T	A		O	A	I	E	
6		E	A		A	P	E	L		A	R	
7	S	A	T	U	R	A			I	S	T	
8	P		I	T	E			S	C	R	I	S
9	R	I	S	C			B	A	I		V	E
10	I	A	M		H	A	Z		P	A	T	
11	T	R	E	M	V	R	A	T	I		E	

ORIZONTAL: 1) Otrăvire a organismului, care poate fi și datorită consumului abuziv de alcool. 2) Sistem al organismului omenesc, grav afectat la împătimitii alcoolului – Ritm în care își face efectul nociv predispoziția spre alcoolism. 3) A se iți – Zgomotul dopului sticlelor de șampanie (inf.). 4) Pomădat – Regretat actor și poet român (1912–1977), autor al versurilor: „Nu bea el din pahare, vrăjitul, / El bea din izvoare, vestitul”. (Emil). 5) Supranumită „cea albă”, luptă pe toate meridianele globului împotriva consumului excesiv de alcool și a urmărilor sale –

Mioriță laie. 6) Pronume personal – Chemare la rațiune, pe care o fac organismele sanitare împotriva alcoolismului – Măsură agrară. 7) A îmbiba creierul cu aburii nocivi ai beției – Începe isteria! 8) Fire de război – Notat. 9) Primejdie posibilă pentru sănătatea oricărui alcoolic împătimit – Tratamentul la Amara – Punct de plecare pentru veselie! 10) lamb șchiop! – Starea bețivului – Oferă un repaus obligatoriu după o noapte de chef. 11) Simptom constînd din nesiguranta mîinilor, care se manifestă la alcoolicii inveterați.

VERTICAL: 1) Organ vital, ale cărui funcții sînt grav tulburate de consumul abuziv de alcool – Forma cea mai comună și, chipurile, cea mai inofensivă a consumului de alcool. 2) Categoric – Calificativ pentru proasta deprindere a bețivului – Din nou. 3) Leziuni produse datorită căderilor alcoolicii ce nu-și mențin echilibrul. 4) Una din surorile mloarei – Conținut de butcă! 5) Xantipa Oprea – Situație care, la alcoolici, nu-i niciodată normală – Cap de huhurez! 6) Începutul ispitei! – Alcoolicii nu o pot suferi – Local cu băuturi alcoolice. 7) Începutul obișnuinței! – Saloane de spital, unde, printre altele, se face și dezintoxicarea alcoolicii. 8) Inveterații pătimași ai pahărului, priviți din punct de vedere clinic. 9) A ispiți, ca o circiumă deschisă – Sandu Rădescu – În virful picioarelor! 10) Organizarea oficială a unei campanii împotriva alcoolismului. 11) Începutul etilismului! – Necesari din belșug bolnavului căzut în comă alcoolică – Pretextul tuturor paharelor date pe gît.

Dicționar: IȚĂL.

Andrei CIURUNGA

PASTILE ÎN SUC DE... GELOZIE!

UNUI MEDIC GELOS

Cu un gest vrea să răstoarne
Tot ce-i bun, dar ce folos?
Medicina-i pune coarne
Căci pe dînsa e... gelos!

MOTIV DE DIVORT

Vrea mereu să se despartă,
Nu mai este un secret!
Viața nu mai vrea s-o împartă
Cu un medic... indiscret!

ACELEIAȘI

Vorba nu-i de sentimente
Ci de-un fapt mai grav, concret,
Căci atîtea paciente
Se dezbracă-n cabinet!

Doina GHÎTESCU



– Bucură-te, dragă! Ți-am adus trusa de prim-ajutor pe care ți-o doreai atîta!!!

GEORGE CĂLINESCU ȘI BUFONERIA PE TEMĂ MEDICALĂ

Într-o zi, scriitorul și criticul George Călinescu s-a distrat cu creionul pe hirtie. Rezultatul a fost o mică dar spumoasă scenetă pe care a intitulat-o „Directorul bolnav”. Pacientul îl reprezintă pe însuși autorul, pe atunci director al Institutului de istorie și teorie literară. Scriitorul și-a închipuit astfel anamneza și examinarea propriu-zisă, strict necesare fișării diagnosticului:

Doctorul: 33

Directorul: 33

Doctorul: 33

Directorul: 33

Doctorul: 33

Directorul: 33

Doctorul: Tușiți, respirați. Tușiți, respirați. Nu mai respirați! Mda. Mulțumesc. (la pulsul, uitându-se la ceas și numărând încet.) Mda. 210. Scoateți, vă rog, limba! Mda. Saburala. (Înfinge degetele în ochi.) Vedeți?

Directorul: Văd o mulțime de figuri monstruoase.

Doctorul: (Înfingând mâinile în dreptul ficatului.) Vă supără aici?

Directorul: Natural.

Doctorul: Bolnavul acuză dureri în regiunea hepatică.

Directorul: Nu acuz dureri, nu suport să pună cineva mâna pe mine.

Doctorul: Pardon! În orice caz, ficatul e mărit. Permiteți. (Vîră miinile în splină.) Vă doare?

Directorul: Nu.

Doctorul: Totuși, splina e voluminoasă. (Vrea să pună miinile mai jos, în regiunea inghinală.) Permiteți?

Directorul: Nu permit.

Doctorul: Pardon! Cîte scaune aveți?

Directorul: Cred că vreo treizeci, patruzeci.

Doctorul: Colosal! Poate nu m-ați înțeles bine. Ieșiți afară?

Directorul: De două luni n-am mai ieșit.

Cutremurați de brutalele manevre exercitate de Doctor asupra Directorului, asistind îngroziți și neputincioși cum îi „înfinge degetele în ochi”, îi „înfinge miinile în dreptul ficatului” și îi „vîră miinile în splină”, mai avem totuși puterea de a ajunge la sfîrșitul piesei. În final, indicația de regie precizează:

(Intra un doctor cu un clistir mare și vrea să-i facă clismă directorului.)

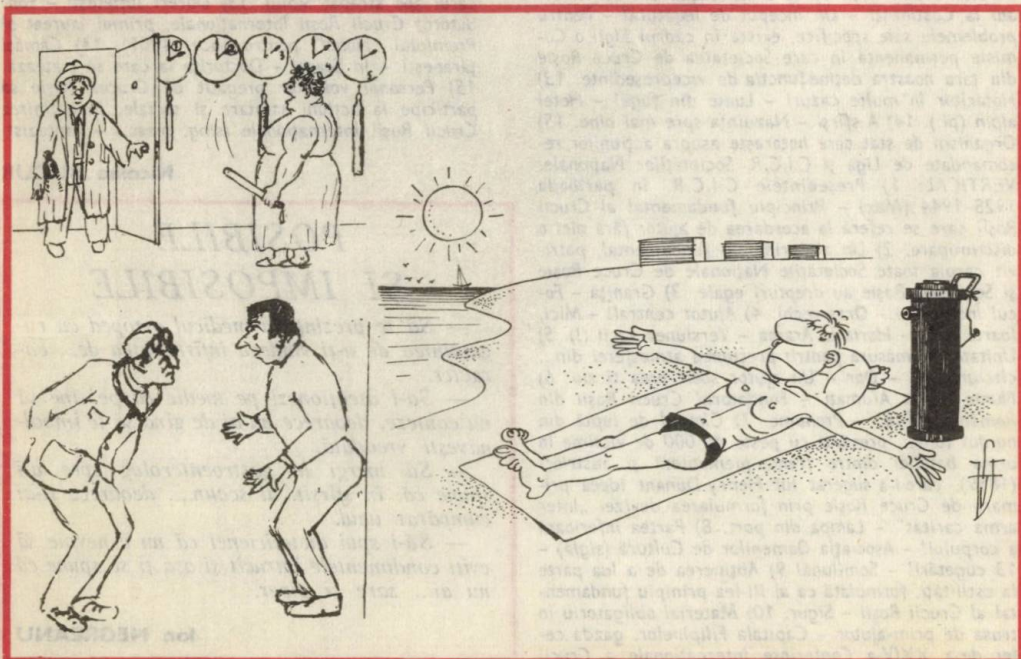
Directorul: Cine e asta?

Doctorul: Eu sînt medicul de serviciu... am venit pentru... ieșirea afară.

Directorul: Ieși afară, te amendez cu salariul pe toată viața.

Maliția autorului piesei este incitantă.

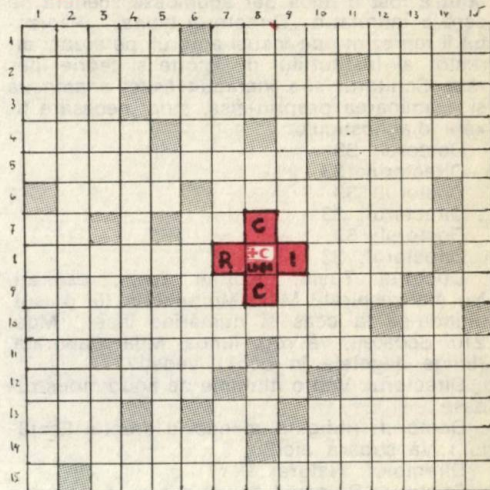
Dr. Dinu MAREȘ



125 DE ANI DE ACTIVITATE

ORIZONTAL: 1) Mesagerul păcii într-o cromatică albă - Cele patru acte fundamentale ale activității Comitetului Internațional al Crucii Roșii, adoptate la Conferința Internațională de la Geneva din august 1949, privind: ameliorarea soartei răniților, bolnavilor și naufragiaților din marina militară; tratamentul prizonierilor de război și protecția populației civile. 2) Mod de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace, recomandat de Conferința Mondială a Crucii Roșii de la Belgrad (1975) celor 129 de Societăți Naționale afiliate de Ligă - Dură în realitate (!) - Arbore de luncă. 3) Iubim în sfârșit! - Participă cu toate forțele. 4) Ocolesc - Nota donatorului! - Taxată parțial! - Gen. 5) Structură în rețea - Bunicul brutarului. 6) Necesită pansamente - Problema numărul unu cu care se confruntă lumea a III-a, față de care Liga Societăților ce Cruce Roșie a adoptat unele programe de ajutorare. 7) Apus pe jumătate! - Documentele privind pacea, adoptate de Conferințele Internaționale ale Crucii Roșii de la: Stockholm (1948), Toronto (1952), Oslo (1954), Istanbul (1969), București (1977). 8) Militar din forțele navale vizat de cea de-a II-a Convenție de la Geneva - Emblema donatorului de singe (pl.). 9) O ramură de alun! - Suportă neajunsurile calamităților - Crucea Roșie (siglă). 10) Medalie ce se acordă de C.I.C.R. unor surori voluntare de Cruce Roșie și altor activiste voluntare cu merite deosebite (Florence) - Dus în față! 11) Ionescu Traian - Hrana unor populații din Africa, compusă din frunzele baobabului uscate și pisate - Mașini de război costisitoare. 12) Acțiune tradițională pentru tineretul Crucii Roșii ce se organizează din doi în doi ani la Costinești - Un început de legătură! - Pentru problemele sale specifice, există în cadrul Ligii o Comisie permanentă în care Societatea de Cruce Roșie din țara noastră deține funcția de vicepreședinte. 13) Hotărâri în multe cazuri - Luate din fugă! - Hotel alpin (pl.). 14) A sfârși - Năzuința spre mai bine. 15) Organism de stat care hotărăște asupra acțiunilor recomandate de Ligă și C.I.C.R. Societăților Naționale.

VERTICAL: 1) Președintele C.I.C.R. în perioada 1928-1944 (Max) - Principiu fundamental al Crucii Roșii care se referă la acordarea de ajutor fără nici o discriminare. 2) Un alt principiu fundamental, potrivit caruia toate Societățile Naționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie au drepturi egale. 3) Graniță - Focul închiștii - Oraș vechi. 4) Ajutor central! - Mici, foarte mici - Horia L. Aramă - Versiunea vacii (!). 5) Unite de măsură pentru presiunea atmosferei din... circumă (!) - Dar - Un ajutor sosit prea târziu. 6) Nume de la Afumați - Fondatorul Crucii Roșii din România (1876) - Prenume. 7) Cîmpul de luptă din nordul Italiei, presărat cu peste 40 000 de victime în urma bataliei dintre franco-piemontezii și austrieci (1859), care i-a sugerat lui Henry Dunant ideea primăriei de Cruce Roșie prin formularea devisei „Inter arma caritas” - Lampa din port. 8) Partea inferioară a corpului! - Asociația Oamenilor de Cultură (siglă) - 13 cugetări! - Semilună! 9) Abținerea de a lua parte la ostilități, formulată ca al III-lea principiu fundamental al Crucii Roșii - Sigur. 10) Material obligatoriu în trusa de prim-ajutor - Capitala Filipinelor, gazda celei de-a XXIV-a Conferințe Internaționale a Crucii



Roșii (1981) - Comitetul Oamenilor Muncii (siglă). 11) Încercarea unei noi tehnici de prim-ajutor. 12) Începutul oricărei narațiuni! - Una din Itam - Riu ale cărui ape străbat Sibiul. 13) Dureri sufletești - Fondatorul Crucii Roșii Internaționale, primul laureat al Premiului „Nobel” pentru pace (1901). 14) Cămași țărănești - În Soare! - Doctorița la care se tratează. 15) Personal voluntar pregătit de Crucea Roșie să participe la acțiuni sanitare și sociale, în definirea Crucii Roșii Internaționale (sing. masc.) - Fantezist.

Nicolae BUCUR

POSIBILE ȘI IMPOSIBILE

— Să te prezinți la medicul ortoped cu rugămintea de a-ți vindeca infirmitatea de... caracter.

— Să-l atenționezi pe medic că pe tine să nu conteze, deoarece nu ai de gând să te îmbolnăvești vreodată.

— Să mergi la gastroenterolog spre a-i spune că, în sfârșit, ai scaun.... deoarece ți-ai cumpărat unul.

— Să-i spui dieteticienei că nu e nevoie să eviți condimentele întrucât și așa ți se spune că nu ai... sare și piper.

Ion NEGREANU

"EXTENSORUL"

Halterofilul Nicu Vlad va fi un dulce copil pe lângă mine, după ce voi termina exercițiile pe care mi le-am propus în legătură cu dezvoltarea musculaturii. Ce-i drept, în tinerețe nu prea m-am omorât eu cu sportul, dar când ești pus pe recuperare nimic nu-ți stă în cale, indiferent de vîrstă.

Mi-am făcut inventarul mușchilor pe care-i am și am văzut că nu-mi lipsește niciunul. Sint cîțiva mai atrofiați, dar cu siguranță își vor reveni imediat; îi voi revigora. Bicepsii, tricepsii și pectoralii se vor umfla văzînd cu ochii, dar mai ales cu ochii celor care mă vor invidia vara pe litoral, cînd voi fi punctul de atracție numărul unu, avînd pachete-pachete de mușchi pe care-i voi da cu bronzol și care vor lăsa în soarele strălucitor de la Mamaia.

Documentîndu-mă din cărți de specialitate - „Culturism și frumusețe” etc. - am dedus că cel mai important lucru în această întreprindere este să ai un extensor. Aparatul acela sportiv care-i pentru dezvoltarea forței, compus din mai multe arcuri de oțel sau fișii de cauciuc, fixate la două minere, de obicei metalice, spre a putea fi întinse cu mîinile. Lungimea părților elastice este variabilă. Al meu este din oțel; lungimea mai puțin variabilă.

Am început dimineața, în sufragerie. Soacră-mea, văzînd că nu reușesc să-l întind nici un pic, mă sfătuește să pun un mîner sub picior și să-l întind cu amîndouă mîinile. Sint șase arcuri în paralel, pe care nici măcar nu le cîntesc. Am transpirat deja și am devenit nervos. Am pus mînerul sub picior, nimic. Încerc să-l întind peste spate, nimic.

- S-ar putea să fie defect, maică!
- Nu e, că l-a probat un cetățean înaintea mea și, văzîndu-l cît îl întinde, l-am cumpărat eu repede, crezînd că-i mai elastic decît celelalte.

- Atunci mai slăbește-l cu cîteva arcuri.
- Porumbel ți-a ieșit din gură!

Scot două arcuri. Trag cu putere, începe să se întindă, dar mînerul de sub talpă îmi scapă și se izbește cu putere de lustra de plafon, pe care-o face țândări.

- S-a-ntins, ai văzut că merge? Ți-am spus eu!

- Am văzut, mamă, zic, pipăindu-mi cucuiul din creștet, pe care mi l-a făcut mînerul scăpat de sub control.

Mă mut în baie, hotărît să-mi dezvolt mușchii. Mai scot un arc. Apoi apuc extensorul și trag. Un dispozitiv de prindere al arcului se rupe și lovește cu toată viteza în oglinda de deasupra lavoarului.

- Nu mai trage maică cu atîta forță, sare cu gura biata femeie disperată, că demolezi locuința.

- Cine-o să fie Hercule la vară?! Stai să vezi!

Și mai trag o dată. Arcul se rupe de la jumătate, mă dezechilibrez și intru cu capul în colacul scaunului de la W.C. Ca un leu cu coamă am fost transportat la spital, unde s-au luptat să-mi scoată colacul de după gît.

Mare minune și cu extensoarele astea...

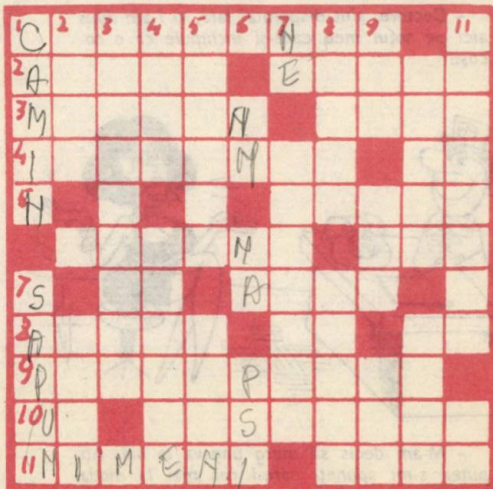
I. Gh. ARCUDEANU

MENS SANA

ORIZONTAL: 1) Condiție umană. 2) Sare la scaun - Scoate oase la vedere. 3) Ține de mamă - Legați de mame. 4) Te scot din fire - Esență de lemn! 5) Bună de gură. 6) Umflă gîtul - Bază spitalicească. 7) Stă ușor în lingură - Culoare de spital. 8) Os... geografic - Rest de ser! - Cîmp cu flori. 9) Înainte de nuntă. 10) Vorbă scoasă la lumină - Taie în carne... moartă. 11) Nici țipenie de om - Vezi.

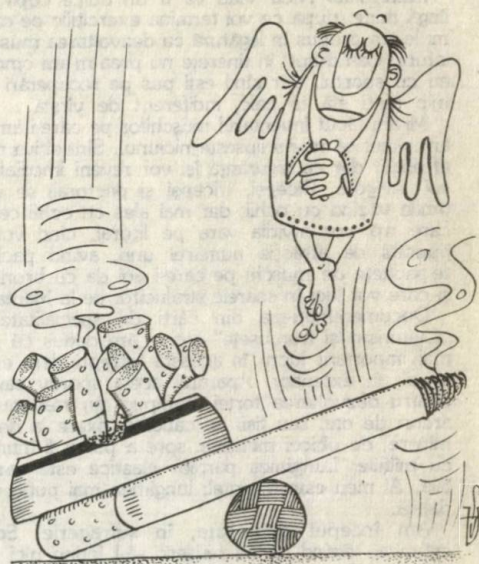
VERTICAL: 1) O casă plină de copii - Frecat la baie. 2) Atîrnat de trapez - Mod de viață. 3) Feluri bune de mîncare. 4) Așteptat în pădure - Secretă. 5) Pacienți rurali - Obez de referință. 6) Doine! - Ia - Cap de psihiatru! 7) ...și de nebun! - Cabinete ... particulare. 8) Un galben cîștigat fără să te aștepți - Bisturiu pentru operații pe ten. 9) O bună vreme - Articol de toaletă - Bună s-o pui la rană. 10) Adună oase - Te lasă cu mîinile goale. 11) Mișcare înșuflețită - Viața omului.

Florian CALAFETEANU





- L-ați consultat adineauri pe soțul meu.
Mai e vreo speranță?
- Depinde la ce vă așteptați!



- Doctore, sint disperată! Iată, vi l-am adus
aici pe soțul meu care-și închipuie că e co-
coș!!!



- M-am decis să merg undeva la băi. Ați
putea s-mi spuneți care-i cea mai la moda
boală?



- Doctore, n-ar fi bine să stai câteva zile
în pat?
- Nu-i nevoie. E suficient să stai în pat ci-
teva nopți!!!

O ZI FĂRĂ ȚIGARĂ

Încă de la prima țigară, pe care cu înfrigurare am aprins-o ținînd-o cu emfază între degete și apoi cu năduf mi-am încercat rezistența alveolelor pulmonare, am vrut să mă las de fumat! După prima venit însă a doua, apoi primul pachet și următorul; după prima săptămînă a venit alta, după primul an a venit al doilea și așa pînă la cele cîteva zeci... de ani! Toți cu același gînd și același angajament solemn: Încă o țigară și gata! O cereau nu atît scrisnetul de foarte oboseite al plămînilor, ci mai mult gestică, digitația, care-mi însoțea de atîția ani conversația. Dar cîți neînțelegători am înfîlîrit în decursul anilor! Într-un compartiment de tren, de-abia aprinsesem țigara și conversația o deschise o jună care stătea în fața mea: Vă rog să-mi spuneți ce țigări fumați, ca să știu ce fum inhalez? Eu i-am răspuns politicos: Țigări fără filtru. Nați putea fuma țigări cu filtru? Ar fi mai sănătos... pentru noi. Însinuarea grosolană nu am înțeles-o decît după ce mă dădusem jos din tren, altfel... Și totuși, cînd am aflat că 7 aprilie e declarată pe plan mondial „Zi fără țigară” (citată din memorie), m-am declarat și eu, în mod solemn, pentru aceea zi NEFUMĂTOR. Am început să mă pregătesc pentru eveniment încă de cu seară, scriind un articol pentru Almanahul revistei „Sănătatea”. Articolul l-am scris, combătînd fumatul cu toată căldura celor șase pachete de țigări ce zăceau pe masa mea de lucru. Cînd am dat să-l deschid pe al șaptelea, mi s-au închis pleoapele. Le-am deschis într-un loc necunoscut. Am zărit înfîți niște oameni în alb, apoi multe, multe aparate.

- Unde sînt? am îngăimat.
- La reanimare!, mi-a răspuns o voce. Intoxicație tabagică. De data aceasta a sunat ca un reproș.
- În ce zi sîntem?, am mai întrebant.
- În 8 aprilie.
- M-am ținut de cuvînt, am replicat spre nedumerirea celor care mă ascultau. O zi fără țigară... Sînt fericit!

Arcadie DONOS

ANGAJAMENT

De astăzi, de țigare m-am lăsat,
Mi-ajunge fumul zilnic inhalat.
Vreau soare, vreau pădure, vreau ozon
Nu poluarea vieții cu gudron.
Pe unde ieri fumam cîte-un Snagov
Să crească flori albastre, roșii, mov
Și muguri blonzi să-mbobocească ad-hoc
Pe unde mai striveam cîte-un chiștoc.
Vreau ca de mîine, sincer, să mă schimb,
Să sorb azur, prin parcuri să mă plimb.
Și ca un semn că nu vînd gogoși
Mă duc s-arunc țigările la coș.

Unui fumător înrăit

De cînd fumezi țigări străine
(vorbim ca de la om la om),
Cu gîtul încă mai stai bine
Dar cu plămîinii ești în pom.

Unui fumător și băutor

Din nou fumezi. Mi-a spus-o unul,
Dar eu te-am înțeles din plin:
Cînd ai promis că lași tutunul
Erai la un pahar cu vin.

Gh. PENCIU

DIN TOATĂ LUMEA

- Doctore, astăzi mă simt mult mai bine. Aș dori să închei tratamentul. Cît vă datorez?
- Nu, nu domnule. Nu sînteți îndeajuns de sănătos pentru a suporta o asemenea lovitură!

Un domn îl întreabă pe un altul:

- Pu-pu-teți să-mi spu-pu-neți u-nde se află ș-coa-coala de bil-bil-bi-ți?
- Dar la ce vă trebuie, vă bilbiți perfect?!

Bolnavul: Doctore, am terminat cura de băi. Cum mă găsiți?

Medicul: Mai curat!

Medicul: Nu aveți voie să consumați băuturi alcoolice. Acum un an v-am spus același lucru.

Bolnavul: Desigur, doctore, dar am crezut că între timp medicina a făcut progrese.

Culese de Lucica ZORINI



LA MIEZUL

NOPTII

El: - Dă-mi te rog satirul...
Ea: - Doamne ferește
El: - Atunci ciocanul!
Ea: - Stai cuminte dragule...
El: - Cleștele!
Ea: - Nici nu mă gîndesc...
El: - Cheia franceză!
Ea: - Nu știu unde este...
El: - Dă-mi o sticlă, un baston ori o greutate, să-l fac chisăliță!
Ea: - Auzi! Chiar vrei să dăm de necaz?
El: - Nu-mi pasă!
Ea: - Cum adică?
El: - Vreau să-l distrug!
Ea: - Și pe urmă?
El: - Să-l văd fără suflare!
Ea: - Asta-i crimă!
El: - Nu-l mai suport!
Ea: - Stai! Stai! Stai, nu-l lovi! Nu-l lovi!
El: - Prea tîrziu, iubito! S-a zis cu el.
Ea: - Răzbunătorule, asasinule! Mi-ai împroșcat totul cu sînge! Acum ești mulțumit?
El: - Nici vorbă draga mea! Mai este pe perete... un țîntar!

George M. GHEORGHE



SFATUL MEDICULUI

(unui năvălit)

Îi spune doctorul cu voce gravă:
— Să știi că iese cu belea
De-aprinzi țigara că-i ațravă!

.....
De-atunci... și-a cumpărat lulea.

Traian GĂRDUȘ

ARGUMENT

Amica mea (femeie serioasă!)
Fumează și pe stradă și acasă.
Cum a deprins „modernul” obicei,
Puțin îmi pasă mie. Treaba ei!
Aspectul grav e altul: dînsa are
Un băiețel de-o șchioapă, nu mai mare,
Ce-a moștenit și el, de la măicuță,
Reflexul de-a băga în tîrtăcuță
Și-a reproduce, radios la chip,
Un act vădit, un gest stereotip.
Acum vreo două zile l-am surprins
Ținînd în buze un chiștoc aprins
Și demonstrînd la alți copii că-i as,
C-a învățat să scoată fum pe nas!
M-am socotit, firește, obligat
Să-i spun „mămicăi” lui, imediat:
— Ai grijă, dragă, și-l supraveghează,
Că ăla micu’, Petrișor, fumează!
Iar dumneaei, sfîdîndu-mi sesizarea,
Mi-a spulberat pe loc îngrijorarea:
— Vai, Petrișor e un copil deștept!
Fumează, dar, să știi, nu trage-n piept!

Stelian FILIP



CONFUZIE

Eram la o reuniune
Colegială, un picnic
Cu dans, cu risete, cu glume...
Și cum eram dispus un pic,
Privii cu drag (și nu odată)
O tînară de lîngă mine,
Cu o dantură minunată.
Și, neputîndu-mă abține,
Spusei atunci încetișor
Unui tovarăș dansator:
— Vai, ce dantură minunată!
Privii pe doamna, un moment.
Iar dînsul îmi răspunse-ndată:
— Vă mulțumesc de compliment!
— A! Dumneavoastră sinteți soțul?
— O, nu! Eu sînt stomatologul.

Victor HILMU

CEA MAI RĂSPÎNDITĂ MESERIE

Ducele de Ferrara, Alfons d'Este, stînd într-o zi de vorbă cu prietenii, îi întrebă care să fie cea mai răspîndită meserie. Unii și-au spus părerea că bărbierii ar fi cei mai numeroși, alții crișmarii, agricultorii, și fel și fel de îndeletniciri au fost amintite de către cei ce discutau. Numai Gonella, bufonul ducelui, a susținut că profesiunea medicală ar fi cea mai răspîndită, spre veselia ascultătorilor, care l-au luat în rîs. Dar Gonella nu și-a pierdut cumpătul pentru atîta neîncredere; el a continuat să susțină sus și tare că ceea ce a spus este perfect adevărat și, mai mult, a făcut prinsoare cu ducele că pînă a doua zi îi va face dovada. Ducele a rîs și a primit rîmășagul.

A doua zi, pornind de acasă spre palatul ducal, Gonella se legă la falci ca unul care suferă de măsele. Peste legătură își puse o blană și peste ea o pălărie mare. De abia părăsi casa și se întîlni cu un prieten:

— Ce-i cu tine, Gonella?

— Nu mai pot de durere, n-am putut dormi toată noaptea din cauza afurisitelor de măsele.

— A! Să-ți spun eu ce să faci. Cunosce cele mai bune leacuri, care niciodată n-au dat greș.

Gonella se prefăcu că scrie în caiet ce-l învăța prietenul, dar în realitate notă numai numele acestuia. Mulțumi și porni mai departe. Dar curînd dădu peste alt prieten, și altul, și altul. Toți îl întrebau ce-l doare și fiecare, pe rînd, îl învăța

ce să facă. Gonella, văcărindu-se, scria mereu în caiet nu leacurile recomandate ci numele binevoitorilor.

Așa ajunse la palat. Îi ieșiră înaintea slujitorii, oamenii din curte, soldații din gardă, lacheii, și toți îi adresară cuvinte de mîngiere, dîndu-i recomandări folositoare, toate bine încercate și renumite. Gonella asculta mulțimea de binevoitori și-i trecea pe listă pe toți.

În cele din urmă urcă scara spre apartamentele ducelui. Alfons d'Este tocmai trecea pe un coridor. Cînd îl văzu oblojit se apropie de el și-l întrebă grăbit:

— Ce-i cu tine, Gonella? Ce-ai pățit?

— Alteță, m-au prăpădit durerile de măsele în cît toată noaptea n-am dormit.

— Gonella, fă așa și așa... și-ai să vezi cum are să-ți treacă, măcar de-ar fi măselele tale putrede pînă la rădăcină! Nici doctorul meu de curte n-ar ști să-ți recomande ceva mai bun.

Auzindu-l astfel pe duce, Gonella își smulse oblojelile și rîzînd victorios exclamă:

— Vasăzică și alteța voastră sinteți medic! Pofțiți numai să vedeți cîți doctori am întîlnit eu astăzi, numai de la mine de acasă pînă la palat. Este medicina meseria cea mai răspîndită sau nu?

A.S.



CLENCIURI

Piper și sare-a pus virtos
În hrana lui și-acum e trist;
E trist că nu e sănătos
Și nici măcar... epigramist!



Nița-Jeg se cam ferește
De săpun și îl aprob:
Dacă de la el, firește,
la săpunul vreun microb?

RÎS TERAPIE



MULȚUMESC DE ÎNTREBARE

Peter STOLICNY (R.S. Cehoslovacă)

În sfârșit, mi-au dat drumul din spital. A trebuit să locuiesc la hotel, căci casa mea, după tragicul incendiu, nu mai era decât o ruină. Am greutăți cu deplasarea; pentru nimic în lume nu mă pot obișnui cu cirjele. Important e că nu mi-am pierdut complet vederea; văd ca prin ceață. Medicii mi-au spus că trebuie să am răbdare; s-ar putea, cu timpul, să văd iar normal. Poate se va întoarce și Hanka. Nu pot să fiu supărat pe ea că a plecat: nu prea arăt a Făt-Frumos cu capul bandajat și cu cirje.

Stăteam la barul de la parterul hotelului la o cafea și mă căzneau să citesc din ziare măcar

titlurile scrise cu litere mari ale articolelor, când lângă mine s-a așezat Ștefan. M-a lovit amical pe spate și junghiul mi-a amintit de coastele fracturate.

- Ce faci bătrîne?
- Să trăiești, cum îți merge? l-am întrebat când l-am recunoscut după voce.

- Să nu mă mai întreb! Trăiesc clipe de groază. Mi s-a stricat aparatul electric de ras, de pe parbrizul mașinii mi-a furat cineva ștergătoarele, dar asta n-ar fi fost nimic; închipuie-ți, nu-mi pot scoate inelul de pe deget și culmea nenorocirii mi s-a ars siguranța la priză. Sint disperat, nu găsesc baterii pentru radioul meu portabil, așa că vezi câte pătesc... Este un an catastrofal... Dar tu, cum te lauzi?... Cum îți mai merge?

Am pipăit zaharnița de pe masă și am fost foarte mindru că am reușit să-mi pun o bucăciță de zahăr în cafea:

- Mulțumesc de întrebare. Acceptabil...

SOMNAMBULUL

Andrej SKAJUS (U.R.S.S.)

Ieri, pentru prima oară în viața mea, am făcut cunoștință cu un somnambul. Asta s-a întâmplat la baia publică. Mă pregăteam să intru în bazin, când lângă mine am auzit un plins jalnic. Mă întorc și văd un individ care își frecă de zor capul cu săpun.

- Pe semne v-a intrat săpun în ochi? l-am întrebat cu o nuanță de compătimire în voce.

- Nu, e altceva, mi-e sufletul greu, căci mă spăl pentru ultima oară.

- Cum așa? În viitor n-o să vă mai spălați?

- Nu, miine o să stau întins la morgă... Trebuie să mor!

M-a speriat și m-a impresionat în așa hal, că era cit pe aci să mă așed în coșul cu gunoi.

- Să muriți?

- Din păcate, da!

- Vă amenință vreun infarct?

- De infarct n-am de ce să mă tem, mor altfel, mă zdrobesc...

- Și de ce trebuie să vă „zdrobiți”?

- Știți, eu sint somnambul. În fiecare seară puterile astrale mă obligă să mă cațăr pe acoperișuri și să sar de la un coș la altul, de pe un acoperiș pe altul, balansându-mă deasupra abisurilor. Simt în ultima vreme cum o putere necunoscută mă trage pe acoperișul unei clădiri cu patru etaje și acolo cu siguranță îmi voi găsi sfârșitul. Să te cațeri pe pereți, pe burlane, până acolo, sus, așa ceva depășește chiar puterea unei șopirle...

- Nu vă cățărați pe acoperișul unui bloc de patru etaje, urcați pe case mai joase...

- Vai, dumneavoastră nu cunoașteți chemările astrale.

- Atunci nu vă cățărați pe pereți, ci urcați pe scări până-n pod și de acolo prin coș, precum coșarii,

- În blocul acela, ușa de la pod e închisă cu un lacăt mare...

- Stați puțin - l-am întrerupt eu agitat -, unde se găsește blocul respectiv?

- Aici, imediat după colț!

- Nu mai spuneți, păi acolo locuiesc și eu!

- Se poate. Deci miine lângă casa dumneavoastră se va găsi cadavrul unui om necunoscut.

- Nu vorbiți așa, dar e îngrozitor! Duceți-vă la un doctor, nu cred că medicina să nu vă poată ajuta!

- Nu poate. Am încercat totul, dar fără rezultat. Acum viața mea e în minile dumneavoastră.

- Chiar așa? Adică?

- Da, cit se poate de simplu, dacă vreți să salvați viața unui om, descuriați în această seară ușa de la pod...

- De ce nu, cu plăcere!

Somnambulul a fost cuprins de o mare bucurie.

- Salvatorul meu! a strigat el, permiteți-mi să vă frec spatelul cu săpun!

Când m-am întors acasă de la baie m-am urcat sus, la pod. Aveam cheia la mine, am deschis ușa; în orificiul lacătului am înghesuit câteva bețe de chibrituri, ca nu cumva cineva care nu cunoaște situația să încuie ușa la loc. Și chiar e un lucru lipsit de rațiune să ții această ușă încuiată, doar în pod nu-i nimic!

Noaptea luna strălucea din plin, iar eu eram liniștit: acel nenorocit somnambul a putut ajunge pe acoperiș fără să-și expună viața.

Dimineața m-a trezit gălăgia. Am ieșit pe scară și am văzut la ușa podului mai mulți locatari, administratorul și un militan.

- Spuneți-mi, ce s-a întâmplat? l-am întrebat speriat pe vecinul de lângă mine.

- Noaptea aceasta s-au furat toate antenele noastre de televizor și acum încearcă să-l găsească pe idiotul care în mod intenționat a deschis lacătul ca hoțul să poată ajunge pe acoperiș...

O MICĂ ISTORIE A DANTURII

Vladimir REZNICENKO (U.R.S.S.)

- Degeaba ați stat la rînd două ore și jumătate. Trebuia să știți că astăzi ne ocupăm numai de partea superioară a danturii. Cine se ocupă de partea inferioară? Stimabile, aici nu sîntem la ghișeu de informații, mergeți la registratură.

- Dinții cu soț îi lucrăm în zilele fără soț și dinții fără soț în zilele cu soț. Se pare că nu este așa de greu de înțeles. Și dumneata îmi spui „mă doare maseaua de mînt”? Veniți miine.

- Iertați-ne, dar astăzi toate ustensilele și aparatele sînt date la sterilizat, iar surorile sînt la un seminar și, de altfel, este Ziua sanitarului. Miine? Nu știm, mai dați un telefon.

- Care dinte vă doare? Acesta sau acela? Nu știți? Dacă dv nu știți, eu de unde vreți să știu? Cumpăniți în liniște acasă și abia pe urmă veniți.

- Plombe nu facem în această săptămînă. Nu avem ciment. Camionul cu care ne aduce cimentul este în revizie generală. Ce-mi faceți scene aici?

- Și încă ceva. Cît de curînd policlinica noastră va trece la autoservire. Așa că va trebui să aduceți bormașină, clește și alcool.

- Așa vă doare? Dar în acest fel? Și ce ați fi vrut? Să vă simțiți ca la cafea? Să vă fie plăcut aici, la noi?

- Astăzi nu tratăm, ci doar extragem. Este sfîrșit de trimestru și planul de extracții nu l-am realizat. Pe care să vi-l extragem? Pe acesta de la margine? Il extragem și pe cel alăturat și încă doi din partea cealaltă că nu prea îmi plac. Unde fugi, cetățene? Tamara, oprește bolnavul!

DORINȚA

Simon CARMIGELT (Olanda)

Apar zorile. Picături de ploaie bat în geam. Pare o zi posomorită. Într-o asemenea dimineață sumbră pun mîna pe telefon și spun:

- Domnule doctor, vreau să fiu congelat.

- Bine stimate domn, veniți chiar astăzi la mine.

Înainte de a mă congela, mă întreb:

- Cînd vreți să reveniți din nou în viață?

- Așa, cam peste douăzeci de ani.

Semnez formularul în care se specifică durata de congelare. Respir din ce în ce mai rar... mai simt un curent rece... Parcă mă pierd... în clipa următoare simt o umezeală. Să știți că am fost congelat. Cam peste o clipă (așa mi se pare) deschid ochii și... ce vîd? Ploaia cade pe geam; o zi posomorită a anului 2 010! Încă abia mă țin pe picioare. Întru în camera care e plină de lume. Femeia care mă îmbrățișează prima o recunosc: e fiica mea... să tot aibe vreo cincizeci de ani.

- Așa, fetița mea, sînt din nou aici - încep eu. Și mama unde e?

- A luat pilule. De patru ani doarme „somnul de iarnă” în mansardă, sus.

- Așa, deci - dau din cap. Mi-am amintit că există și o asemenea posibilitate.

- Soțul și fratele tău sînt la serviciu?

- Nu tată. Acum lucrăm numai două ore pe săptămînă - îmi explică fiica -, iar în mod obligatoriu trebuie să dedicăm odihnei și distracției un anumit număr de ore. Oamenii adulți, zece ore zilnic. Cel ce nu respectă acest program este aspru sancționat. Nu este permis să te plictisești.

- Înțeleg, am replicat. Te rog prezintă-mă celor patru domni și tinere doamne.

- Păi aceștia sînt nepoții tăi, tătucule.

Se apropie cite unul și-mi stringe mîna.

- De unsprezece ani sărutul este interzis - îmi explică fiica. S-a constatat că prin sărut se transmite hepatita.

- Mă prăvălesc pe scaun. Cel mai în vîrstă nepot, cu o bogată și stufoasă barbă, mă previne:

- Bunicule, să nu te atingi de bumbii aceia. Stai pe un scaun de catapultare. Dacă atingi bumbul de sus zbori la Paris, pe cel de sub el - la New York, pe cel de-al treilea - la Moscova, pe-al patrulea...

- În ordine - îl întrerup. Nici nu mă ating de ei. Dar spune-mi, domnul acela care stă acolo, în colț, și cîntă mereu, este vreun cunoscut de-al vostru?

- Nu, este programul de televizor tridimensional, transmisie directă din concert. Știi, cîntărețul acela este fantastic de popular. Te deranjează?

- Da. Mă simt ca și cum n-aș fi eu în această încăpere cu acel tînar necunoscut.

Întră pe ușă o fetișcană, avînd în mînă o tavă cu pahare. E o fată frumoasă. Ii servește pe toți, numai pe mine parcă nu mă vede.

- Hei, domnișoară! - o strig eu.

- Ce s-a-ntîmplat bunicule? - mă întrebă nepoata.

- Aș fi băut bucuros ceva, dar m-a neglijat.

- Nu știe că ești aici - îmi explică nepoata. Este robotul nostru cu programul stabilit pentru întreaga zi și pe tine nu te are menționat pe bandă. Trebuie să chemăm programatorul. Îți aduc eu tot ce dorești! Nu ești flămînd?

- Sînt, ce mai, de douăzeci de ani n-am pus nimic în gură!

- Ea deschise o cutiuță și-mi întinse o tabletă albastră. Un foarte gustos prînz! Gustul picant îl dă usturoiul.

Înghit tableta și foamea îmi pierde.

- Telefon mai există? - întreb eu, aș vrea să vorbesc cu medicul meu.

Nepoata apasă pe nu știu ce bumb și într-o clipă mă și găsesc în cabinetul doctorului.

- Domnule doctor, vă rog să mă congelați din nou. Dar acum pentru totdeauna...

Traducere de T. CUTLIC

COMPRIMATE ÎN CATRENE

UNUI PSEUD-GOSPODAR

Îți ajuți a ta soție
Cum ai învățat din scripte;
Stai cu ea-n bucătărie
Și-i faci mereu... zile fripte.

UNUI DISTRAT

De cînd ai apărut pe lume
Ai fost un tip fără pereche;
Și astfel se deduce cum e
Că ai rămas... într-o ureche.

REVELION

Că ți-a dat plăcînța arsă
Gazda noastră cea dibace,
Fii convins că e o farsă,
Că de mult dînsa ți-o coace.

Ion VULPESCU

AH, MEDICII

VRACIUL

Un vraci fusese grav mușcat de-un cal.
Și-a pus el foi de ceapă la picior,
Dar pîn-la urmă, tot de la spital
Primi el leacul salvator.

DOCTORI CELEBRI

Erau doi medici în antichitate:
Celebrul Esculap și Hipocrate.
Trăiește... învățătura lor,
Dar ei sînt morți de mult.
(Și medicii mai mor).

ÎNTRE COLEGI

— La diagnostic am bătăi de cap.
Cînd am nedumeriri sau ghinion
Atuncea fac apel la Esculap.
— Și cum îl chemi urgent, prin telefon?

Gabriel TEODORESCU

A.B.C. MEDICAL

Stetoscopul:

É singurul din cabinet
Ce apare cu perechea.
Dar este foarte indiscret
Și trage cu urechea.

Termometrul:

De pielea noastră se lipește
C-o tainică înfiorare.
Și-atuncea cînd se încălzește
Își ia... mercurul la purtare,

Seringa:

Tot lucrînd pe apucate
Ne înțeapă fără milă.
Devenind cu greu utilă,
Doar împinsă de la spate.

Penseta:

Suplă și lucioasă
Însă, mi se pare,
Că e cam fălcoasă
Și... apucătoare.

Ștefan ȘERBAN



MICROFABULE PENTRU TOATE VÎRSTELE

Cu balena, o scrumbie
Se întinde la suetă:
- Țin regim cu strășnicie
Să rămîn cu siluetă!

Puricele în jur cată
Și explică în prosteală
Că-i harpist, fără-ndoilaă,
Și trăiește din ciupeală.

O tot duce în suspine
Virusul cu iz exotic:
- Fraților, nu-mi este bine,
Cam gustat antibiotic!

Vietatea cea minoră,
Scorpionul anodin,
Țipă în tufiș de-o oră
Că la înțepat un spin.

La veterinar s-a dus
Cocostîrcu-n văicăreli:
- Doctore, țin capu-n sus
Și mereu am amețeli!

V.D. POPA

AUTOSUGESTIE

I s-a spus să mai slăbească
C-altfel e de rău.
Însă, vezi, ca să postească
Nu e genul său.
Un coleg mai plin de carte
Și-atot știutor,
Însă-i zise că se poate,
Simplu și ușor!
Să gîndească cu răbdare
Prin autosugestie,
Că el numai prin mîncare
Poate-ajunge „TRESTIE“!
Și atunci, de bucurie,
Că sfîrși calvarul,
Își mai puse-n farfurie,
Și strivi... cîntarul!

Mariana PLEȘA

LA DENTIST

În hol, fotolii. Toate ocupate
De oameni chinuți de insomnii
Ce au venit, goniți ca de stihii,
Să scape de-a danturii răutate.

A mai intrat o mamă cu copii,
Iar sala s-a golit pe jumătate.
Se pregătește-o doamnă în etate
Și-apoi îmi vine rîndul: „Să te ții!“

Mi-e inima de sînge vlăguită.
De-abia o simt și totuși mai palpită,
Filtrînd, încet, a temerii otravă.
În timp ce-un gînd amarînic mă apasă:
O fi, e drept, măseaua mea bolnavă,
Dar știu precis că fuga-i sănătoasă!

Mircea TRIFU

TOBOGANUL SĂNĂTĂȚII MORALE

Amorul neștiind ce e
Ea-ntreabă prima dată: CE?
Perseverînd pe acest drum,
Nerăbdătoarea-ntreabă: CUM?
Dar din păcate pentru sine
Ea tot mai rar întreabă: CINE?
Iar azi întreabă doar atît:
Nici ce, nici cum, nici cine... CÎT?

Dr. Grigore LUPESCU

L-A SALVAT CHELIA

— Încotro așa bandajat?
— Merg la dispensar să mă panseze, căci era cît
pe-acî să mă curăț. De la o durere de cap. Am ur-
mat sfatul medicului și mi-am pus comprese cu
spirt îndoît cu apă rece. Cînd să-mi aprind țigara
de la brichetă mi-a luat compresa foc. Noroc că
nu-mi mai rămăsese păr decît pe la tîmple și in-
cendiul s-a stîns repede. M-a salvat chelia, că altfel
ajungeam flacăra olimpică.

Ioan NĂSTOIU

FARMACEUTICĂ

Hap care să-ți dea talent
Nu-l, e lucru evident;
Altfel, orice farmacist
Ar fi și... epigramist!

UNUI „SETOS”

- Fructe dacă ai să măninci
Tensiunea sigur scade.
- Fiindcă ele sînt cam dulci
Le poți lua-n lichid cu... „grade”?

Gh. SACMARI

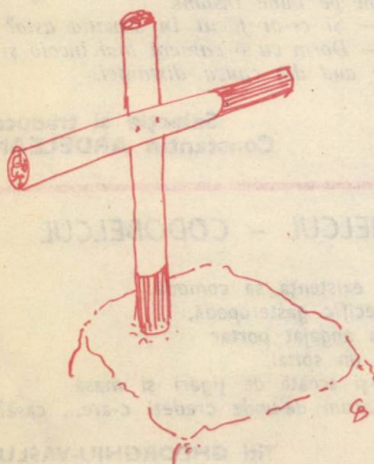
NICOTINICĂ

- Omule, ascultă-mi sfatul:
Nu e bun deloc fumatul.
Sănătatea-ți subrezește
Și ~~ființa~~ ~~ti-l~~ grăbește.
- Doctore, te țin de glume.
Să mă sperii vreî anume?
Cum să cred că o țigare
Să ucidă e în stare?

.....
- Este drept că numai una
Nu! Dar tot fumînd într-una
Cîteva pe zi, te sapă
Și curînd ajungi în groapă.

.....
Neținînd de sfatu-i seama,
Într-o zi își scrisese drama...

Petre CORBEANU



AFORISME SERIOASE...

- Cîteodată între mare și soție există numai o deosebire: prima se stîrnește din furtună, a doua... din senin.
- Singurul bărbat care poate afirma că l-a vrăjit nevastă-sa este soțul... Samanthei.
- Singurul om care e bucuros că are greutate este... halterofilul.
- Cum să-l consolezi pe acela pe care l-a bătut... norocul?
- O vorbă mare poate fi scrisă și cu litere mici.
- Ghiocelul e o floare iubită numai pînă cînd apare la tîmplele noastre.
- Oricît ai fi de pesimist, la spital vezi numai alb înaintea ochilor.
- „Și tăcerea e un răspuns” - afirmă un proverb -, dar nu și la examen.

Dumitru MIHALACHE

REFLECȚII

- Se misca greu pentru că nu era... ușor!
- Sirena dacă este scoasă din mare și pusă pe Salvare... urlă!
- Obişnuim să spunem, cînd ne întîlnim, „Noroc”! De la o anumită vîrstă spunem, însă, „Sănătate”!
- Gurmandul își transformă cele trei mese pe zi în trei... prînzuri!
- Dacă vi s-au recomandat mese mai dese nu înseamnă că trebuie să fie și... îndesate!

D. C. MAZILU

ZICĂTORI ȘI PROVERBE

- Toamna se numără bobocii... că-s mai puțini.
- Ulciorul nu merge de multe ori la apă... dacă nu-i din plastic.
- Cînd pisica nu-i acasă... te întrebi, unde e?
- Ochii care nu se văd... sînt acoperiți cu ochelari colorați.
- Ce ți-e scris... îți aduce poștașul.
- Cine ride la urmă... a înțeles tîrziu gluma!

T. CUTLIC

SĂNĂTOASE

- Halatul medicului nu trebuie să pară niciodată un steag alb.
- Inima n-are doar o singură încă-pere!... De ce să-ți lași afară părin-ții?
- Nu-i niciodată prea devreme să fii cumpătat.
- Nu merge pe mai multe cărări!... Poți ajunge pe drumuri.
- Cine nu-și îngrijește sănătatea își îngrijește boala.

N. PETRESCU-REDI

CONSULT

Bărbatul țânțos ca un faun,
La doctor, după ce pătrunde,
Îi zice: „Sufăr, nu am scaun”.
Și-acesta îl întreabă: „Unde?”

REVOLTĂ

„Medicamentele de mai încolo
N-o să le mai iau, le-arunc pe toate
Că-s tot bolnav”. Iar medicul, de colo,
Îi zise: „S-auzim de... sănătate”!

Constant CONSTANTINESCU

CULMI

Să fii tratat cu răceală, de un doctor gripat.
Să joci remi cu pietrele... de la rinichi.
Să-ți oxigenezi părul și să crezi că și... creic-
rul.

Să călărești... șaua turcească.
Să tragi la măsea și să rămii fără ea.
Orelitul să lucreze „după ureche”.
Să fii operat fără nici un calcul.
Să „pilești” și să ai sănătate de fier.
Să bei ca să stingi... focul inimii.
Să te doară-n cot că ți-ai tocit coatele.
Să ai singe rece și să nu mori.
Să ai vederi largi cu toate că ești miop.

Teodor FRASIN

CLIPA

Omul n-o știe,
n-o vede,
n-o ia în seamă.
Uneori o cheamă,
sau o blestemă.
Atunci când devine fior
o scrie,
o cîntă,
o poartă
Ca pe propria-i soartă.
Atenție dar:
Clipa nu e un har,
ci e drum
sau hotar!

Ion ȘERB

DE PRIN LUME ADUNATE

- Doctore, de cînd beau cafea mă doare un ochi.
- Care ochi?
- Ochiul drept.
- V-ați gîndit că ar fi bine să scoateți lingurița din ceașcă?

*

Doi microbi sub lentila unui microscop: As-cunde-te repede, se pare că sintem priviți.

*

- Sforăiam atît de tare, încît mă tre-zeam pe mine însumi.
- Și ce-ai făcut în situația asta?
- Dorm cu o cameră mai încolo și nu mai aud din cauza distanței.

Selecție și traducere
Constantin ARDELEANU

MELCUL - CODOBELCUL

În existența sa comodă,
Specific gasteropodă,
S-a angajat portar
La un spital,
Să-și scoată de țigări și masă.
Și-acum de-unde credeți c-are... casă?!

Titi GHEORGHIU-VASLUI

ÎNTÂMPĂRI CHIRURGICALE

- Vă rog să-mi spuneți, Gică Popescu este internat la dumneavoastră?
- Da. Cu un traumatism cranian ușor. L-am și rezolvat. Nu pune nici o problemă.
- Nemaipomenit! Și doar aseară l-am văzut cu o blondă fermecătoare!
- Da, dar l-a mai văzut și nevastă-sa!

*

- Tovarășe doctor, vă mulțumesc din suflet pentru tot ce ați făcut!
- Dar nu-mi amintesc să vă fi operat vreodată.
- Da, așa este; dar l-ați operat pe unchiul meu, iar eu sînt singurul lui moștenitor!

*

ÎN CABINETUL DE CONSULTAȚII

- Soră, ce avem azi?
- Două cazuri mai ușoare: un accident de circulație și unul de muncă; și un caz mai grav: un soț care a refuzat să... spele vasele.

Dr. Victor GORȘCOVĂZ

DORINȚA

Fraților, de-o fi și-o fi,
De m-oi duce într-o zi,
Sa-mi aduceți pachetul
De țigări la... „Patrunjelul”.
Sa mai trag un fum odată,
Cum trăgeam eu altadata
Din pipă sau țigări mici
Pin-am poposit... aici.
Și mai am încă un dor,
Sa-i zic unui fumator:
- Hai, fumează, nu te teme
Că te-aduce aici devreme!
Iar el să-mi răspunda greu:
- Dragă Gică... vin și eu!
Sa fumăm tot Kentu-țelul
Amîndoi la... „Patrunjelul”.

Nicolae MEIANU

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	N	E	F	U	M	A	T	O	R	I
2	I	M	U	N	I			O	V	I
3	C	O	M	U	N	I	C	A	T	
4	O	T	A		U	R	I	T		I
5	T	I	T	A	N	I			I	T
6	I	E		B	A	T	A	G		F
7	N		P	A	T	A	T		R	A
8	A	M	I	C		T	E	N	A	R
9			P	L	A	M	I	N		N
10	T	E	I			R	I	S	C	A

O ZI FĂRĂ TUTUN

ORIZONTAL: 1) Persoane a căror sănătate este grav amenințată de conviețuirea cu pătimișii tutunului. 2) Refractari la anumite maladii contagioase - Din neamul mioriței. 3) Anunț oficial, prin care se interzice fumatul în sălile publice. 4) În total! - Calificativ pentru obiceiul fumatului. 5) Uriși - Imaginea toracică a nefumătorului (abr.). 6) Bluza de la horă - Contracții ale inimii, grav afectate de consumul de nicotină. 7) Ca un plămîn de fumător, privit la radiografie - Un pic de răbdare! 8) Aproapele care te îndeamnă să te lași de fumat - Îns în curs de formare, căruia fumatul îi este deosebit de dăunător. 9) Organ afectat în cel mai înalt grad de năravul fumatului - Nina Cristea. 10) Arbore cu ale cărui flori se face o plăcută și utilă infuzie medicinală - Expus pericolului, ca un organism supus efectului nociv al fumatului. VERTICAL: 1) Cea mai toxică dintre cele o mie de substanțe aflate în fumul țigărilor. 2) Reacție afectivă - În centru, la Cîmpeni! 3) Plagă a societății, împotriva căreia luptă prin toate mijloacele Organizația Mondială a Sănătății - A se îmbăta (fam.). 4) Numeral - Ornament arhitectural. 5) Calificativ pentru gestul celui care s-a lăsat de fumat - Mihai Răducu. 6) Inflamații produse de-a lungul căilor respiratorii de practica fumatului. 7) A-ți ruina sănătatea fumînd - Un plămîn îmbolnăvit de fum. 8) Aclamații. 9) Nasul porcului - Ulcerul produs sau agravat de consumul abuziv de tutun. 10) Plantă textilă și medicinală ale cărei semințe au o acțiune emolientă și revulsivă - Maladie a inimii, la agravarea căreia contribuie decisiv tabagismul.

Andrei CIURUNGA

COPLEȘIT DE FERICIRE...

- Noroc, măi tovarășe Pandelică, că tare bine-mi pare că ești voinic și sănătos, așa cum e, de fapt, tinerețea!

- Să trăiți, tovarășe șef!

- Ia loc, te rog. O țigară? O cafea?

- Vai de mine, nu se poate!

- Ei, ia, servește și lasă protocolul, că doar sintem între noi și ne cunoaștem bine unul pe altul... Zi-mi, mai bine, nea Trifoi.

- Nu se poate, să trăiți, tovarășe Trifoi!

- Ei bine, fie precum dorești, tovarășe Pandelică. Știi de ce te-am chemat?

- Să mut din fața cantinei fotogazeta cu echipa noastră de popice și...

- Nu te pripi, tovarășe Pandelică, că treaba asta ai mai făcut-o.

- Cu ocazia inspecției de la "centru".

- Frate Pandelică, de ce nu mă lași să-ți explic, că noi ne-am gândit că...

- Voi lua microbuzul întreprinderii să transport pomul de iarnă și cadourile pentru copiii unității noastre.

- Nu! Nu! tovarășe Pandelică, și mai termină te rog odată cu retrospectivile. Noi, conducerea operativă a acestei unități, ne-am gândit să-ți încredințăm sarcina ca să...

- ... Expediez corespondențele și felicitările de Anul Nou și să fac parte din comisia de inventariere a...

- Ei bine, nu și iarăși nu, dragul meu Pandelică! Iartă-mă că îți spun așa, că ești ca și copilul nostru.

- Vă mulțumesc din suflet pentru dragostea dv., nea Trifoi. Iertați-mă, tovarășe șef!

- Așa te vreau, dragă Pandelică. Sincer, dega-

jat și optimist. De aceea noi vrem să-ți oferim...

- Un bilet de odihnă la mare.

- Ei bine, mult mai mult, frate Pandelică având în vedere cinstea de care te bucuri în colectivul nostru. Așa că îți acordăm favoarea să...

- Imi iau restanțele de concediu pe ultimii trei ani.

- Nu, și încăodată nu! Tovarășe Pandelică, am plăcerea să te anunț oficial - odată cu mulțumi-rile conducerii - bucuria de a fi propus...

- Luați-mă mai încet că lesin!

- ... ofițer de serviciu în noaptea de revelion!

- Formidabilă veste pentru mine... Dar, iertați-mă, tovarășe Trifoi, în ultimii cinci ani am fost onorat mereu cu această încredere. Oare nu-i prea mult pentru tinerețea mea?

- Măi Pandelică, ești un băiat deștept. Tu ai fost ofițer de serviciu în anii precedenți doar la poartă, pe cită vreme acum... ești la cabinetul tovarășului adjunct Ciupitu. E tot una?

- Nu, să trăiți, tovarășe șef. Dar să-mi fie din nou cu iertare, căru fapt datorez... această cin-ste?

- Muncii tale de răspundere pe care o indepli-nești, dragă Pandelică?

- Cum adică?

- Păi având în vedere excelențele d-tale cali-tăți profesionale și organizatorice, te-am făcut de azi... ajutor de magazioner!

- Vă mulțumesc și pentru bucuria asta mare pe care mi-ați oferit-o, dar dacă nu vă e cu su-părare, de intendentă și de curierat cine o să se ocupe?

- Păi, până când vom găsi și forma un om, tot așa de energetic ca și tine... până atunci să trăiești, la mulți ani și gardă ușoară, tovarășe Pandelică!

- Mamă, mamă, ce fericire dădu și anul ăsta peste mine!

George M. GHEORGHE

CATGUT

La o farmacie:

- Ce-mi recomandați pentru o durere de cap?

- Pilulele astea vă vor fi de mare folos.

- Vreți să spuneți că mă vor scăpa de durerea de cap?

- Nu, dar vă vor provoca o durere de stomac așa de mare, încât veți uita de durerea de cap.

La consultație

- Doctore, mă doare piciorul la încheietură.

- Ai făcut, poate, un pas greșit.

- Dar ce are a face asta cu încheietura piciorului?

- Nu pot să dorm deloc, oftează un bolnăv venit la consultație.

- Nici după ce luați medicamentul recomandat de mine?

- Ba da, atunci adorm imediat, dar visez tot timpul că am insomnie.

Culegere și adaptare
Pia HĂTEGANU



PICĂTURI DE CEARĂ

Georges SIMENON (Franța)



Comisarul Maigret a intrat în camera întunecoasă fără să mai bată la ușă. Când ochii i s-au obișnuit cu întunericul a observat în colțul camerei un pat lat cu o pernă de canafas. În pat era culcată o femeie mai în vîrstă, avînd o față palidă, împietrită. Numai ochii trădau că mocnesc în ea o scînteie de viață.

- Încă tot nu vorbește? - a întrebat-o comisarul pe Marie Laçor, soția fierarului, care o îngrijea pe bătrînă. În loc de răspuns, aceasta a dat doar negativ din cap. Comisarul s-a așezat într-un fotoliu și și-a scos din buzunarul hainei carnetul de notițe.

În întîmplarea care avusese loc cu cinci zile mai înainte nu era nimic senzațional. Surorile Potri dețineau un restaurant rentabil și printră locuitorii satului se spunea că au economisit o

frumoasă sumă de bani. În atara de restaurant, ele mai aveau trei case. Surorile erau cunoscute ca niște ființe foarte zgircite.

În noaptea de vineri spre sîmbătă vecinii au auzit un zgomot neobișnuit. Țăranul care sîmbătă în zori a trecut cu căruța pe lîngă casa surorilor Potri a observat că geamul de la dormitor era larg deschis. Din curiozitate, s-a uitat în cameră. Înăuntru, sub fereastră, era întinsă, în cămașă de noapte, Amelia Potri, într-o baltă de sînge. Pe pat, nemîscată, era culcată sora ei, Marguerite. Era moartă. Pe piept avea trei răni datorate unor împunsături. Partea din dreapta a feței avea o tăietură adîncă. Un ochi îi era scurs. Aurelia scăpase cu viață. A vrut să strige după ajutor, a deschis fereastra, dar epuizată a căzut și și-a pierdut cunoștința. Pe corp avea nu mai puțin de unsprezece împunsături, toate pe umărul drept, dar numai una din răni era mai serioasă.

Al doilea sertar al dulapului era scos și lenjeria împrăștiată prin cameră. Deasupra se găsea o servietă veche, jerpelită, în care, pe semne, surorile aveau așezate toate documentele. Pe poartă erau aruncate carnetul de depuneri, contractele comerciale și diferite facturi ale furnizorilor.

Cazul a început să-l cerceteze poliția din Orleans. De aici comisarul Maigret a primit, în afară de planul exact al clădirii, o serie de fotografii și note de investigații. Sărmana Marguerite a fost înmormintată peste trei zile. Pe Amelia au vrut s-o interneze în spital, dar ea s-a opus. Și-a infipt unghiile în cearceaf și cu o privire rugătoare a cerut să fie lăsată acasă.

Medicul legist a confirmat că organele vitale n-au avut de suferit. Că nu putea vorbi, a explicat medicul, s-ar datora șocului. În ultimele cinci zile Amelia n-a scos un cuvînt; se uita doar cu o privire gravă în jurul ei. Acum îl privea insistent pe comisarul Maigret.

După trei ore de la terminarea cercetărilor, poliția din Orleans l-a arestat pe Marcel, fiul nelegitim al sârmanei Marguerite Potri. Era bănuț de acest asasinat. La vîrsta de 23 de ani, Marguerite a născut un băiat care acum avea 39 de ani. O bucată de vreme a lucrat ca vizitî, apoi a devenit tăietor de lemne și locuia la o fermă părăsită, cam la 10 kilometri de restaurantul surorilor Potri.

Maigret l-a vizitat la închisoare. Marcel nu i-a făcut o impresie prea bună. Din cauza slujbei nu se ducea cu săptămînile la soția și copiii săi, pe care adesea îi pâlmuia. Era și un bețiv inveterat.

- Am venit cu bicicleta în jurul orei șapte seara - a început să spună -, cînd maică-mea și mătușa se așezau la masă. Mi-am turnat un pahărel de vin stînd lîngă dulap, apoi am ieșit în curte. Am tăiat un iepure și i-am scos blana. Mama mi l-a fript; mătușa mormăia... nu mă prea agreea.

Oamenii din sat au confirmat că Marcel venea pe la mama și mătușa lui și i se pregăteau mincăruri bune; mama nu putea să-i refuze ceva, iar mătusii îi era frică de el.

- Din nou s-au ciorovăit cînd mi-am luat o bucată de cașcaval.

- Ce vin ați băut? - a întrebat comisarul Maigret.

- Din acela de pe bufet.

- Cu ce v-ați făcut lumină în cameră?

- Cu lampa de petrol. După ce am cinat, mama, care era mereu bolnavă, s-a dus la culcare, dar înainte m-a rugat să scot toate actele din al doilea sertar al dulapului. Mi-a dat cheia, am scos toate hîrtiile și am făcut socoteala sumei pentru plata impozitului, fiindcă se apropia sfîrșitul lunii.

- Ce hîrtii erau?

- Contracte de cumpărare, chitanțele de chirie și diferite acțiuni; era o grămadă frumoasă.

- Ați fost și dincolo, în cameră? Cu ce ați luminat acolo? V-ați aprins o luminare?

- Nu... în cameră n-am fost deloc. La nouă și jumătate am pus toate documentele înapoi, în sertarul dulapului. Dacă cineva v-a spus că eu am săvîrșit crima, credeți-mă, domnule comisar, că e o minciună. întrebați-l pe Hugo.

Spre marea supriză a apărătorului legal al lui Marcel, care era și el la acest interogatoriu, comisarul Maigret n-a mai pus nici o întrebare. Jarko sau Hugo, cum l-au numit oamenii de aici, provenea din Iugoslavia și se deosebea de localnici. A venit după război și după puțin timp s-a hotărît să rămînă definitiv aici. Traia singur, aproape de casa surorilor Potri și era căraș la pădure.

La fel ca Marcel, bea și el mult, dar în ultimul timp surorile Potri nu-i mai dădeau pe credit căci datoriile lui crescuseră. Odată chiar l-au pus pe Marcel să-l dea afară din local. Cu această ocazie Marcel i-a și spart nasul. Surorile Potri nu-l agreau pe Hugo și datorită faptului că o dată i-au închiriat un grajd în fundul curții lor, unde Hugo își ținea caii, dar el n-a mai vrut să le mai plătească chiria.

La toate acestea reflecta comisarul Maigret cînd, cu carnetul său de notițe, s-a apropiat de vatra unde, a doua zi după crimă, în grămadă de cenușă, s-a găsit un cuțit de bucătărie. Desigur, acesta fusese folosit de asasin. dar focul șter-

sesese toate amprente. Pe sertarul dulapului și pe servieta de piele erau multe amprente ale degetelor lui Marcel, dar numai ale lui. Pe veioză erau amprente Ameliei Potri. Și ea nu înceta să-l urmărească cu privirea pe comisarul Maigret.

- Am impresia că ai de gînd să taci pînă la sfîrșit, da? a mormăit mai mult pentru el Maigret și și-a aprins nelipsită lui pipă.

Cu o bucată de cretă, s-a apucat să marcheze pe dușumea urmele de singe.

- Mai stați puțin aici? - l-a întrebat Marie Lacor. Aș trage o fugă pînă acasă să fac ceva mincare pentru prînz.

Comisarul a rămas în casă singur cu bătrîna. Era aici pentru prima dată. Dar în prealabil studiasse toate documentele ce aveau legătură cu acest caz. Poliția orașului Orleans îi pregătise un dosar foarte documentat, așa că Maigret n-a avut nici o surpriză.

În afară de aceasta, comisarul se născuse la țară. Știa foarte bine că în acest mediu s-a menținut acelaș mod de viață ca în vremurile de mult trecute. Și totuși, în acest sat mic, ascuns în miez de pădure, în această casă, în această cameră, lîngă această femeie bătrînă rînită și care nu vorbea și tot timpul nu-l slăbea din priviri, a simțit așa, deodată, o senzație apăsătoare, ca și cum ar vizita un spital, un azil sau un orfelinat, mă rog, un loc unde se ascund durerile omenești dar și ticăloșia omenească.

La Paris, cînd studia cazul, făcuse pe marginea materialului cîteva mențiuni:

1. De ce Marcel a aruncat cuțitul în vatră, dar n-a șters de pe sertar și de pe servietă amprente sale?

2. Dacă a folosit lumina în cameră, de ce a adus-o înapoi și a stins-o?

3. De ce urmele de singe nu se întind de la pat pînă la fereastră?

4. De ce lui Marcel nu i-a fost teamă că o să fie văzut și de ce la ora nouă și jumătate a ieșit pe stradă prin ușa restaurantului și n-a folosit ieșirea din spatele casei?

În dormitorul surorilor s-a găsit un nasture de la paltonul vechi, de vinătoare, al lui Marcel.

- Cînd am jupuit iepurele, mi s-a agățat și s-a rupt; l-am adus să-mi l coasă - a spus acesta.

Comisarul Maigret și-a citit cu atenție notițele, s-a sculat apoi din fotoliu și s-a uitat cu un zîmbet curios la Amelia, care continua să stea culcată. A deschis ușa camării, luminată doar printr-o fereștrică. La peretele din stînga stăteau așezate butoaiile. În două era vin; într-unul roșu, în celălalt alb; restul butoaiilor erau goale. Pe unul din ele experții au descoperit picături de ceară din luminarea care acum era în sfîșnicul de pe masă.

Inspectorul poliției din Orleans scrisese în informarea sa: „Este probabil că aceste urme le-a lăsat Marcel cînd a intrat în cameră ca să bea vin. Potrivit observațiilor soției sale, acasă s-a întors mai mult beat decît treaz. Urmele oscilante ale bicicletei sale confirmă aceasta”.

Comisarul Maigret a cercetat cu amănunțime camera, și negăsind ce căuta s-a întors în cameră și a deschis geamul.

În fața casei, doi băieți se jucau cu mingea. - Ascultă băiețașule, ai putea să-mi faci rost de un fierăstrău?

- Ce fel? Unul obișnuit sau unul pentru pomi?
În tot acest timp comisarul simțea la spate femeia cu fața palidă care-l cerceta fiecare mișcare. Băiatul a adus repede două fierăstraie de dimensiuni diferite. Tot atunci s-a întors și vecina, Marie Lator.

- Nu v-am reținut? Am lăsat băieții singuri acasă. Acum trebuie s-o spăl pe Amelia.

- Vă rog să așteptați încă puțin.

- Bine, până atunci merg să încălzesc apa.

Comisarul Maigret ar fi plecat bucuros; îi ajungea cite știa. A intrat din nou în cameră, a băgat fierăstrăul în deschizătura butoiului pe care se găseau picăturile de ceară și s-a apucat de treabă.

Știa ce va găsi în butoi. Dacă azi dimineață mai avea ceva indoieli, acum atmosfera din această casă îl convinsese de justetea presupunerilor sale. Iar în ceea ce o privește pe Amelia Potri...

Pînă și pereții casei radiau zgircenie și ură. Marguerite avea un fiu, deci cunoscuse gustul iubirii; aceasta în timp ce sora ei mai în vîrstă n-a cunoscut nici o bucurie în viață. Pînă cînd băiatul a împlinit cincisprezece ani, ambele surori au avut grijă de el; apoi a început să vină la ele ca un oaspete permanent; bea mult, mîncă din belșug, mai căpăta și bani... Dar banii aceia nu-i aparțineau numai Margueritei, ci și Ameliei. Și doar ei îi reveneau mai mulți, fiindcă era mai în vîrstă și avea merite mai mari în stringerea și economisirea lor.

Dușmănia și ura erau generate și de nenumărate întîmplări mărunte: fătura iePURELUI pentru Marcel, un cașcaval, care era destinat pentru vinzare, din care Marcel, cu multă obraznicie,

și-a tăiat o bucată mare și maică-sa nu i-a spus nimic...

Amelia citise în ziare despre multe crime și, natural, știa ce însemnătate au amprente în timpul cercetărilor. Rănile Ameliei, toate în partea dreaptă, i-au părut comisarului Maigret suspect de puțin adînci. Și-a imaginat cu cît efort s-a întepat cu cuțitul și ce frică i-a fost de durere... Nu voise să sufere prea mult timp și de aceea a deschis fereastra și a început să strige după ajutor...

A ucis-o pe soră-sa adormită și apoi a făcut în așa fel încît toată suspiciunea să cadă pe Marcel. Le-a făcut pe toate cu destulă îndeminare. Și-a înfășurat mina într-o cîrpă, ca nicăieri să nu-și lase amprente. Cuțitul l-a aruncat în vatră, după ce în prealabil s-a rănit cu el. Apoi, cu luminarea în mină, a venit aici, în cameră, ca, în sfîrșit, să-și ascundă averea în butoi. Avariție sau caz de demență senilă?

Maigret terminase treaba cu fierăstrăul cînd în spatele ușii a auzit un zgomot. A deschis ușa. În pragul ei stătea Amelia Potri. În spatele ei stătea soția fierarului vecin, Marie. Era o scenă parcă din altă lume. Comisarul a luat hirtile și s-a îndreptat spre ușa. Amelia s-a ferit din calea lui.

- Vă rog să chemați primarul - a spus încrunțat comisarul Maigret, adresîndu-se către Marie. Va fi martor, și dumneata la fel. S-a întors apoi spre Amelia: Vă sfătuiesc să vă culcați.

Palidă ca o moartă, Amelia s-a așezat în pat pînă ce a venit primarul, care a rămas în prag, neavînd curaj să intre!

Traducere de T. CUTLIC

CAZUL PACIENTEI ÎMPUȘCATE ÎN CAP

Dr. Marion Williams, stomatolog în New York, tocmai se pregătea să ia mulajul dinților de jos dreapta al pacientei Dorothy Hoover. Deodată, ușa din spatele lui se deschise fără zgomot. În cadrul ei apără o mină înmănușată, cu un pistol ațîntit asupra pacientei. Răsunară două împușcături. Pacienta se prăbuși cu fața în jos, grav rănită. O oră mai târziu, inspectorul Winters discuta cazul cu dr. De Lator:

- Avem deja un suspect, zise Winters. Cu cîteva minute înainte de a se auzi împușcăturile, liftierul a dus un individ foarte agitat la etajul cincisprezece. Adică la etajul unde se află cabinetul doctorului Williams, împreună cu alte patru sau cinci cabinete. Descrierea pe care liftierul a făcut-o individului se potrivește cu aceea a cunoscutului ucigaș John Burton, care a fost de curînd eliberat din închisoare pe cuvînt de onoare. Oamenii mei l-au ridicat de la pensiunea la care stătea. El crede că nu vreau decît să-l in-

teroghez în legătură cu vreo infracțiune minoră comisă în ultima vreme.

Burton fu introdus în biroul inspectorului. Se uită la inspector furios și pretinse să i se spună de ce a fost adus acolo.

- Ai auzit vreodată de dr. Marion Williams? îl întrebă Winters.

- Nu, de ce?

- Dorothy Hoover a fost împușcată în cap cu mai puțin de două ore în urmă, în timp ce se afla în cabinetul doctorului Williams, îi răspunse Winters.

- Eu am dormit toată după-amiaza, spuse Burton nepăsător.

- Un liftier declară că a dus la etajul cincisprezece un ins a cărei descriere corespunde cu a ta cu cîteva clipe înainte de a se auzi împușcăturile, continuă Winters.

- N-am fost eu. O grămadă de tipi seamănă cu mine și eu cu ei. N-am mai fost prin preajma unui cabinet de stomatologie de cînd eram la Sing Sing. Williams ăsta pun rămășag că nu m-a văzut în viața lui, așa că ce dovezi puteți aduce?

Aproape înainte ca Burton să rostească ultimele cuvinte, dr. De Lator interveni hotărît:

- Ne-ai spus destul ca să te putem trimite înapoi la închisoare pentru mult timp de acum înainte.

Pe ce s-a bazat observația lui De Lator?

Deși Burton susținea că nu auzise niciodată de Marion Williams, știa că este stomatolog!

Adaptare de Petre IĂMANDI



TREI STUDENȚI

Arthur CONAN DOYLE

Sherlock Holmes și cu mine ne-am petrecut concediul din anul 1895 într-un oraș cu o vestită facultate de medicină. Prietenul meu lucrase de dimineață până seara la biblioteca orașului, fiind interesat de o anumită perioadă a istoriei Angliei. Într-o seară ne-a vizitat Hilton Soames, profesor și educator în același timp al facultății. Când a intrat, am văzut că este foarte agitat și tulburat și am înțeles că s-a întâmplat ceva neobișnuit.

- Domnule Holmes, sper că aveți puțin timp să mă ascultați - a început el - în interesul studenților noștri. Avem un caz foarte neplăcut, și sint atât de derutat, că nu știu ce este de făcut. Doctore Watson, vă rog să mă ajutați; puneți o vorbă bună la prietenul dumneavoastră.

- Acum sint extrem de ocupat, mai bine adresați-vă poliției - a răspuns sec prietenul meu.

- Nu pot să mă adresez poliției. Gândiți-vă la buna reputație a instituției noastre. Trebuie să evit un scandal public. Sinteti singurul om pe lume care ar putea să mă ajute.

Holmes a dat din umeri și profesorul, prinzind curaj, a început să vorbească.

- Miine este prima zi de examen pentru obținerea burselor speciale - a spus el. Sint unul dintre membrii comisiei, și anume pentru proba cu care de fapt începe examenul. Subiectele sint secrete și se află încuiate în biroul meu. Astăzi, în jurul orei trei, le-am scos din birou, căci am vrut să le revăd, ca să mă conving încă o dată ca totul e în regulă. Puțin înainte de trei și jumătate, nu terminasem încă lucrul, însă, simțindu-mă obosit, m-am dus să mă plimb puțin și să beau undeva, la o ceainărie, un ceai. Subiectele le-am lăsat pe masă. Am lipsit aproximativ o oră. Când m-am întors am constatat cu surprindere că în ușă era o cheie. Nu era a mea, căci pe

aceasta o aveam în buzunar. Unicul duplicat îl avea omul de serviciu, Bannister. Mi-a spus că este cheia lui, că a fost în birou în timp ce-am lipsit, fiindcă a vrut să-mi facă un ceai, și că a lăsat cheia în ușă când a ieșit. Când m-am apropiat de masă am văzut că în afară de Bannister a mai fost cineva în biroul meu. Subiectele erau scrise pe trei coli de hirtie. Le lăsasem pe masă. Dar am găsit una din coli sub masă, a doua pe o măsuță de lângă geam și una pe masă.

- Vă rog să continuați, a spus Holmes. Am înțeles că problema a început să-l intereseze.

- La început am crezut că Bannister a șters masa de praf și colile au căzut pe jos - a continuat profesorul -, dar el a negat și sint convins că a spus adevărul. Era palid și i-am dat un paharel de brandy spunindu-i să se așeze puțin. În acest timp m-am uitat prin birou. Am găsit câteva tăieturi dintr-un creion pe care cineva l-a ascuțit și un virf de creion rupt pe măsuța de lângă geam. Era clar că cineva a început să copieze textele, a rupt virful creionului său și apoi l-a ascuțit.

- Excelent - a spus Holmes, frământându-și degetele ambelor miini.

- Dar aceasta n-a fost totul - a continuat Hilton Soames. Am o masă de birou nouă, curată, lucioasă la suprafață. Am găsit acum pe ea creștături, zgirieturi lungi cam de zece centimetri. În afară de aceasta, am găsit pe masă un mic gogoloș de noroi. Erau în el și ceva resturi de rumeguș. Domnule Holmes, trebuie să mă ajutați. Dacă nu găsim vinovatul, examenele vor trebui să fie aminate până pregătim noi subiecte, și așa ceva nu este permis să se facă fără o explicație. Ne amenință un scandal.

- Bucuros. Voi face tot ce voi putea - a spus Holmes, și s-a sculat de pe scaun. A mai văzut cineva aceste subiecte în biroul dumneavoastră atunci când le-ați adus?

- Da, tânărul Danlat Ras, un student indian, ce este cazat la etajul de deasupra biroului meu și care a venit să mă întrebe ceva despre examene.

- Subiectele erau pe masă?

- Da.

- Știa omul dumneavoastră de serviciu, Bannister, ceva despre subiecte?

- Nu, categoric nu!

- Aceasta înseamnă că studentul indian care v-a vizitat s-a apropiat întâmplător de ele - a spus Holmes. Dar acum Bannister unde este?

- S-a simțit așa de rău că l-am lăsat să stea în birou, dar înainte de a pleca am încuiat subiectele.

Holmes a zîmbit.

- Bine - a spus -, să mergem în biroul dumneavoastră. Vii cu noi, doctore Watson?

Când am ajuns la facultate era destul de târziu. Biroul era la parter și geamurile dădeau spre curte. Trei dintre studenți locuiau la etajul de deasupra biroului. Holmes s-a oprit, uitându-se succesiv prin toate geamurile. Profesorul a descurat ușa biroului său și am intrat. Bannister nu mai era acolo. Holmes a cercetat covorul.

- Pe omul de serviciu în care fotoliu l-ați lăsat șezînd?

- În acela de lângă geam.

- Da, văd. Aproape de această măsuță. Da, tot ce s-a întâmplat este clar. Cineva a intrat în încă-

pere, a luat subiectele, coala cu coală, apoi le-a adus aici, lângă geam, intrucit numai de aici putea să vadă dacă vine cineva, ca să nu poată fi surprins.

- Dar eu am intrat prin ușa laterală.

- Tocmai, la așa ceva nu se aștepta omul nostru - a răspuns Holmes. Cred că a copiat prima coală, s-a oprit, și apoi a vrut să o copieze și pe cea de-a doua, tocmai în momentul când ați venit. Nu a avut timp să pună colile la locul de unde le luase. Reintoarcerea dumneavoastră l-a obligat să fugă. Omul a scris atît de repede că a rupt virful creionului; l-a ascuțit apoi cu un cuțit gros. Acest lucru se vede după rămășițele de la ascuțit. Creionul avea o mărime neobișnuită și o mină moale. Culoarea exterioară a creionului era albastră, cu un text argintiu al denumirii fabricii producătoare. Găsiți acest creion, domnule Soames, și îl aveți pe omul căutat. Și acum permiteți-mi să mă uit la biroul dumneavoastră. Acesta este, cred, gogolosul de noroi de care ați amintit. Intr-adevăr, conține rumegus. Foarte interesant... Și creștătura sau zgirietura, cum vreți să-i ziceți, de pe masă începe cu o zgirietură subțire. Unde duce această ușă?

- În dormitorul meu.

- Ați fost acolo după ce-ați descoperit dezordinea din subiectele dumneavoastră?

- Nu, am plecat imediat să vă caut.

- Aș vrea să intru puțin.

Holmes a intrat în dormitor și noi după el. Grăbit, a tras perdeaua într-o parte. Nu era nimeni ascuns după ea.

- Uitați-vă! - a strigat, arătîndu-ne un gogolos de noroi la fel ca cel de pe biroul profesorului.

- A fost și în dormitorul meu? Dar pentru ce?

- a spus surprins profesorul.

- Fiindcă a trebuit să se ascundă. V-a auzit cînd erați lângă ușă, așa că și-a luat lucrurile și s-a ascuns în dormitor.

- Domnule Holmes, credeți într-adevăr că acel om a fost aici, în dormitorul meu, în timp ce eu vorbeam cu Bannister?

- Da, așa cred. Spuneți-mi, aveți vreun motiv să-l susținuți pe careva din cei trei care locuiesc la etajul de sus? - a întrebat Holmes.

Profesorul stătu pe gînduri.

- Unul dintre ei este Gilchrist, un student excepțional, un sportiv perfect, atlet care a realizat recorduri la săritura în lungime. Tatăl său a dat faliment, așa că Gilchrist este acum foarte sărac. Lucrează foarte mult. Apoi, Danlat Ras, indianul, un băiat liniștit. Învață mult, dar la materia mea e cam slab. Millec McLaren este cel de-al treilea student. Este unul din cei mai deștepti studenți cînd vrea să învețe, dar în acest trimestru nu prea a lucrat și cred că nu este prea pregătit pentru examen.

- Atunci îl susținuți pe acesta din urmă?

- Nu-mi vine să cred, dar...

- Acum aș vrea să stau de vorbă cu omul dumneavoastră de serviciu.

Bannister era un bătrîn palid. A răspuns la toate întrebările prietenului meu. Am sesizat că era foarte nervos. A explicat că a lăsat cheia în ușă fiindcă avea în mînă ceainicul, și apoi a uitat de ea.

- Unde erați cînd ați vorbit cu domnul Soames și v-ați simțit rău? a întrebat Holmes.

- Aici domnule, aproape de ușă.

- Curios: de ce v-ați așezat în fotoliul de lângă geam, deci în celălalt colț al încăperii, cînd aveți două scaune aproape de locul unde va aflați?

Omul de serviciu păru zăpăcit.

- M-am simțit rău domnule - a răspuns. Nici nu știam unde să sed

- Și ați rămas acolo cînd domnul Soames a părăsit camera?

- Numai cîteva minute. Am încuiat ușa și m-am dus în camera mea.

- Bine, a spus Holmes. Acum aș vrea să merg puțin sus, să-i văd pe cei trei studenți. Se poate?

- a întrebat Holmes, adresîndu-se lui Soames.

- Desigur - răspunse profesorul.

- Bine. Vă rog însă să nu le spuneți numele meu.

Prima ușă la care am bătut a deschis-o un tînăr înalt, cu ținută frumoasă și o față plăcută. Holmes i-a spus că vrem să vedem vechile clădiri pentru niste studii. A început să deseneze ceva pe o bucată de hirtie, dar repede a rupt virful creionului și a cerut de la tînărul Gilchrist un creion și apoi un cuțit să-l ascuță. Același lucru l-a făcut și în camera a doua; am văzut că indianul a fost bucuros cînd am plecat de la el. Cel care locuia în a treia încăpere a refuzat să deschidă ușa; am auzit doar vocea lui supărată: - Am miine examen, nu vreau să văd pe nimeni!

- Ce îndrăzneală?! - a spus supărat Soames.

- Puteți să-mi spuneți ce înălțime are? - a întrebat deodată Holmes.

- Cred că este mai înalt decît indianul și mai puțin înalt decît Gilchrist - a spus profesorul. Dar de ce vreți să cunoașteți înălțimea lui?

- Este foarte important - a spus prietenul meu. Și acum, domnule Soames, vă doresc noapte bună.

Profesorul a rămas foarte surprins.

- Nu vreți să mă ajutați, domnule Holmes?

- Vin miine dimineață devreme și sper să vă pot da un sfat bun. Acum iau cu mine gogoloașele de noroi și tăieturile de creion. Cu bine, domnule.

- la să aud ce spune prietenul meu, doctorul Watson? - m-a întrebat Holmes cînd am ajuns în stradă.

- Ar putea să fie cel care n-a vrut să ne deschidă ușa. Dar și indianul părea tare nervos.

- Examenul are loc miine și nu văd nimic rău în aceasta. N-am avut noroc cu creionul; ambii aveau creioane la fel.

În ziua următoare Holmes a venit în camera mea la opt dimineață.

- Hallo, Watson, vii cu mine?

- Desigur - am spus. Într-un minut sînt gata. Dar poți să-i spui ceva cert profesorului?

- Sper - mi-a răspuns vesel prietenul -, fiindcă am rezolvat enigma. M-am sculat la șase și m-am plimbat puțin. Acum ia uită-te aici.

Mi-a arătat trei gogoloașe de noroi negru.

- Dar Holmes, ieri seară ai avut numai două!

- Și dimineață l-am găsit și pe-al treilea. Hai să mergem repede. Prietenul nostru Soames o fi nervos.

Profesorul ne-a întîmpinat bucuros cînd am intrat.

- Sint atit de bucuros că ați venit!
 Pot începe examenul?
 - Desigur.
 - Dar vinovatul?
 - El nu se va prezenta.
 - Il știți?
 - Cred că da. Așezați-vă acolo, domnule Soames. Dumneata, Watson, aici. iar eu pe scaunul din mijloc. Vă rog chemați omul de serviciu.
 - Și acum, Bannister - a început Holmes cînd bătrînul a intrat -, închide ușa și spune-ne adevărul despre cele întîmplate ieri.
 Bătrînul a devenit palid.
 - V-am spus totul, domnule - a zis el.
 - Mă rog, să te completez eu atunci. Ieri te-ai așezat în fotoliu fiindcă ai vrut să ascunzi un lucru care era acolo. Știi că cineva a intrat în dormitor și i-ai facilitat plecarea după ce domnul Soames a ieșit din birou.

- N-a fost nimeni acolo, domnule - a exclamat Bannister.
 - Vom afla imediat. Domnule Soames, vă rog spuneți tinărului Gilchrist că vreau să stau de vorbă cu el.

După cîteva minute tinărul a intrat în birou. Se uită surprins la noi și la Bannister.

- Intră, te rog, a spus Holmes. Gilchrist, în afară de noi nimeni nu va afla nici un cuvînt despre ce se va vorbi aici. Spune de ce ai făcut ce ai făcut, fiindcă acum știm că tu ai fost acela care a copiat subiectele.

Tinărul s-a înroșit și s-a uitat la Bannister.
 - Nu, nu, domnule Gilchrist, eu n-am spus nimic - a exclamat bătrînul. Apoi, deodată, Gilchrist și-a acoperit fața cu minile și a început să plîngă cu sughituri, ca un copil.

- Linistește-te - a spus Holmes. O să-i povestesc domnului Soames tot ce s-a întîmplat și dumneata o să completezi dacă undeva mă înșel. Cînd domnul Soames a spus că nimeni nu știa de subiect, am început să reflectez că poate nu este tocmai așa. Cînd am cercetat ferestrele nu m-am gîndit că ar fi putut cineva să intre pe acolo. Dar îmi era clața cu un om înalt putea foarte bine să vadă că subiectele de examen se găseau pe masă. Mențiunea ce-ați făcut-o că Gilchrist este un atlet evidențiat în special la săritura în lungime m-a ajutat foarte mult. Tinărul a petrecut după-amiaza pe terenul de sport. Cînd s-a întors își ducea în mînă pantofii de sport, care sint prevăzuți cu cuie. Cînd a trecut pe lîngă geamul fără perdea a văzut hirtiiile pe birou. Apoi, cînd a ajuns lîngă ușă, a văzut cheia pe care Bannister o lăsase acolo. S-a hotărît să intre ca să se uite la subiectele de examen. Panto-

fii i-a pus pe masa alăturată. Dar ce ai pus pe fotoliul de lîngă geam?

- Mînușile - a spus Gilchrist resemnat.
 Holmes s-a uitat la Bannister și apoi a contînut:

- Deci, a pus mînușile pe fotoliu și s-a apropiat de birou. Tentația a fost prea mare, așa că s-a decis să le copieze. Dar dumneavoastră, domnule Soames, v-ați întors prin ușa laterală, iar tinărul a auzit pașii și s-a ascuns în dormitor. A uitat de mînuși, dar a luat repede pantofii de sport cu cuie. Un mic gogoloș de noroi de pe pantofi a căzut pe masă, altul pe dușumeaua din dormitor. Dimineața am fost pe terenul de sport și am văzut acolo noroiul negru, amestecat cu rumegus, pus acolo pentru a feri săritorii să alunece. Așa este, domnule Gilchrist?

Tinărul n-a mai zis nimic.

- Nu aveți ce spune? - a exclamat Soames.
 - Ba da, am. Gilchrist vorbea greu. Aveți aici o scrisoare, domnule profesor. Am scris-o în această noapte. Nu bănuiam că știți deja totul. Cînd o veți citi o să vedeți că m-am hotărît să nu mă prezint la examen.

- Sint bucuros să aud așa ceva - a spus profesorul. Dar de ce te-ai decis să-ți schimbi planul?

Gilchrist s-a uitat la Bannister:

- Trebuie să-i mulțumesc lui.
 - Și acum, Bannister - a spus Holmes, întorcîndu-se spre omul de serviciu -, ajută-ne la ultimul punct.

- Este ceva simplu, domnule. Ani îndelungați am fost în serviciul familiei Gilchrist. Cînd bătrînul domn Gilchrist a dat faliment, am venit aici ca om de serviciu, dar familia lui n-am uitat-o niciodată. L-am iubit pe băiat, pe care, cînd era mic, îl țineam pe genunchi. Da domnule, ieri cînd am intrat în birou, după ce domnul Soames a constatat acel lucru urît, am văzut mînușile ce-nușii ale tinărului Gilchrist pe fotoliu și am înțeles totul. Așa că m-am așezat pe fotoliu și am spus că mă simt rău și am rămas tot timpul acolo. Cînd domnul Soames a plecat, domnul Gilchrist a ieșit din dormitor și mi-a spus adevărul. Știam că băiatul are mare nevoie de bursă, dar n-am putut să nu-i spun că n-a procedat cînstit, așa cum i-ar fi spus și tatăl lui.

- Ești un om bun, Bannister - a spus Holmes, dîndu-i mîna amical. Totul este clar, profesoare Soames, examenul poate începe. Să mergem Watson. Acasă ne așteaptă micul dejun.

În românește de T. CUTLIC

DEZLEGĂRI

HAI SĂ RÎDEM

CARICATURA • OBICEI — SEC • MASCARICI •
 IT • EI — BANC • CEH — NAN — VI • IRONIC •
 GIR • EH — CIOCLAC • C — OR — ASU — A • AC-
 TOR — UMOR • PREZENTARE

UN CAREU... CU DOP

INTOXICATIE • NERVOS — LENT • ITAI — POCNI
 • U — UNS — BOTTA • ARMATA — OAIE — EA —
 APEL — AR • SATURA — IST • P — ITE — SCRIS
 • RISC — BAI — VE • IAM — HAL — PAT • TRE-
 MURICI — E

125 DE ANI DE ACTIVITATE

HULUB — CONVENȚII • UNITAR — REA — ARIN •
 BIM — RASPUNDERI — F • EVIT — DO — TAX —
 SOI • RETICULAR — PITAR • RANI — FOAMETE
 — M • US — C — DECLARAȚII • MARINAR —

INIMI — E • ALU — VICTIMA — CR • NIGHTIN-
 GALE — DU • IT — LALO — TANCURI • TABARA
 — LE — TINAR • ATU — D — FU — CABANE •
 TERMINA — DORINȚA • E — GUVERNAMENTAL

MENS SANA

CURATENIE — A • AMARA — ECRAN • MATERN
 — TATI • IRIANTE — EM • N — O — N — ORALA
 • ANGINA — PAT • S — AL — ALBA — I • ATLAS
 — ER — IE • PRENUPTIAL • OA — DISECTIE •
 NIMENI — IATA

O ZI FĂRĂ TUTUN

NEFUMATORI • IMUNI — OVIN • COMUNICAT •
 OTA — URIT — I • TITANI • ITN • IE — BATAI —
 F • N — PATAT — RA • AMIC — TINAR • PLAMIN
 — NC • TEI — RISCAT

SĂ-L ASCULȚI PE FRATELE MAI MARE!

Henry SLESAR (S.U.A.)

Charlie a uitat cel mai bun sfat pe care l-a primit. Fratele mai mare, Terc, i l-a dat cu șase luni înaintea morții sale. Charlie l-a ascultat cu multa atenție, ca și cum Terc ar fi fost o față bisericască și nu șeful unei bande.

- Poți ataca femeile bătrâne - i-a spus -, poți sa snopești în bătaii copii, dar chiar dacă ajungi la ananghie să nu tragi în polițiști!

Charlie a uitat acest sfat. Când a auzit sirena poliției pe strada centrală a fugit și a tras. Polițistul din fruntea grupeii a țipat și a căzut. ceilalți au tras, și un glonț i-a atins coapsa. Și-a adunat toate puterile ca să poată fugi.

Fața îi era strimbată de durere, toți mușchii îi erau încordați, dar era liber! Și banii? Li avea în servietă, aproape două mii de dolari, suficienți ca să poată fugi de furia provocată de uciderea polițistului.

Pentru început însă trebuia să facă ceva, și aceasta imediat. A oprit un taxi și s-a dus spre casa doctorului Sanchez. Cu pași nesiguri a intrat în cabinetul medicului.

- Nu este chiar așa de rău - a spus Sanchez, cind a văzut rana. Glonțul a ieșit, așa că e în regulă. Îți curăți rana și ți-o pansez. Peste două săptămîni totul va fi O.K. Trebuie însă să-ți cruti piciorul rănit. Natural, dacă poți.

- Dacă pot? - a repetat Charlie, și-i veni să rîdă, dar de durere n-a mai apucat. Glumești, domnule doctor? Trebuie să fug din oraș. Dumneata nu asculți emisiunile de radio?

- Nu asculți, de cind mi-am cumpărat televizor. Ce se aude?

- O dramă. Hoții și polițiștii în prim-plan. Din cinci în cinci minute se emite o informație despre isprava mea.

- Ce-ai făcut? Ai făcut vreo spargere? La o bancă?

- Nu. Charlie era indispus. Pentru un fleac de două mii de dolari s-a făcut mult caz. Am forțat ușa unui bijutier. N-am luat prea mult, și pentru un asemenea fleac polițiștii fac un caz aparte.

- Ce caz aparte?

- Pentru cel pe care l-am împușcat. Știți, nu prea le place cind cineva trage în ei.

- Și l-ai ucis? Doctorul părea îngrijorat. Mii-nile îi tremurau în timp ce-i pansa rana.

- De unde să știu? N-am așteptat diagnosticul! Vai! Fiți atent, vă rog! Doare! - a strigat. Nu puteți să-mi dați ceva să mă mai lase durerea? Este ceva insuportabil!

- Charlie, tu știi bine că eu nu țin asemenea „doctorii”. Imediat aș avea pe cap toți narcomanii din cartier.

- Atunci dați-mi o rețetă.

- În regulă, dar du-te la o farmacie dintr-un alt cartier al orașului. Nu te juca cu focul!

- Bine, fac cum spuneți, dar repede...

A plecat cu rețeta în buzunar. A oprit un taxi



și l-a rugat să-l ducă în apropierea pensiunii în care locuia. Era bucuros că șoferul n-a deschis aparatul de radio. Lingă pensiune, la o farmacie cu serviciu de noapte, l-a rugat să oprească. Aici voia să-și facă rost de doctorie și apoi sa se ducă în camera sa pînă ce va putea părăsi orasul.

A plătit, a coborît și, liniștit, a intrat în farmacie, încercînd să nu-și trădeze rana.

Farmacia, de un tip vechi, avea rafturile pline cu mii de sticlute. Patronul era în laborator, de unde se putea auzi cum sfarmă ceva într-o puiliță. Clienții erau serviți de ajutorul său, un tînar cu un păr rar, cu o voce nazală și cu niște ochi spălăciți. Charlie a așteptat pînă ce a servit-o pe o femeie care era înaintea lui și apoi i-a întins rețeta.

Tînarul și-a mijit ochii, a citit-o și apoi i-a răspuns:

- Trebuie s-o preparăm. Va dura puțin. Vreți să așteptați?

- Desigur, aștept aici.

Charlie și-a lins buzele uscate și s-a așezat pe banca pe care mai sedea o tînară, cind a auzit o voce în încăperea alăturată. N-a înțeles cuvintele, dar după cîteva clipe a înțeles că este vorba de transmisia de la radio. Și-a ascuțit auzul și, involuntar, și-a pus mina pe revolverul automat din buzunar. I se pare, sau tînarul se uită, într-adevăr, cercetător la el?

- Domnule Fletcher! Tînarul a intrat în laborator. Domnule Fletcher, mai puteți face încă o doctorie?

- Ce doctorie?

- A venit un client cu o rețetă. Puteți începe chiar acum?

- Desigur Vernon, dă-mi rețeta.

Charlie și-a ascuțit auzul. Parcă vorbeau șoptind? Oare tânărul vorbește cu bătrînul despre el? Dar dacă în laborator există și un telefon? Cînd tânărul a ieșit din nou, Charlie s-a prefăcut că citește niște reclame pentru medicamente.

- Mai doriți și altceva? - l-a întrebat tânărul, zîbind cum fac toți vinzătorii buni.

- Nu, nimic - a răspuns Charlie. Vă rog să vă grăbiți.

- În cîteva minute va fi gata!

Charlie a simțit iar o durere. Îl cuprinsese o transpirație rece.

- Nu va simțiți bine, domnule?

- Nu, n-am nimic, nu vă îngrijorați.

- Așa, întrebam numai...

În farmacie a intrat alt bărbat și a început să se plîngă de anumite dureri; după el, un copil, care a cumpărat niște aspirine; apoi o femeie, care i-a șoptit tînărului ceva.

- Drace - a strigat Charlie. Trebuie să dureze chiar atît de mult?

- Încă o clipă și va fi gata - a spus tînărul.

- Clipa aceea durează cam mult!

- Domnule Fletcher - a strigat tînărul. E gata doctoria?

- Tocmai am terminat-o, Vernon.

- Vedeți? - a spus Vernon, și fața i s-a destins într-un zîmbet. Uite că e gata.

- O ai aici Vernon, împachetează-o.

- Desigur, domnule.

Cu atenție, tînărul a început să ambaleze cutiuța într-o hîrtie albă, dar Charlie i-a smuls-o din mîini.

- Gata, las-o așa, n-am nevoie decît de pilulele acelea blestемate. Cît datorez?

- Patru dolari și treizeci de cenți - a spus Vernon.

Charlie a plătit.

- Vă vom servi cu plăcere oricînd - spuse servabil tînărul cînd Charlie pleca.

De la farmacie pînă la pensiunea lui nu erau mai mult de treizeci de metri, dar nu avea siguranța că îi va putea parcurge. Cel mai greu a fost urcatul scîrilor. Le-a urcat cu mari dureri la fiecare pas.

A deschis ușa camerei sale, a pus servieta pe masă și s-a aruncat pe pat. Stătea culcat de vreo cinci minute gemînd de durere. A și uitat unde este rînit; îi părea că tot trupul îi era strîpuns de gloanțe. Cine știe cum se simte polițistul pe care l-a rînit? Poate e mort deja. Mort? Și dacă într-adevăr e mort?

A oftat și a întins mîna ca să deschidă aparatul de radio. Cîteva minute a trebuit să asculte muzică și niște reclame. Apoi a auzit ce voia să audă:

„...a tras și a ucis un polițist, Iacob Bender, sergent...”

„A tras și a ucis”.

- Terc și sfatul lui..., a reflectat. L-am ucis, și pentru așa ceva nu există nici o doctorie.

Știa că fratele său, Terc, avea dreptate. Dacă cineva trage într-un polițist, ceilalți n-o să-l uite niciodată.

- Bine - a spus cu voce tare. Am omorît un polițist. Ajută-mă, Terc. Fă ceva!

Dar Terc, cu sfaturile lui bune și cu istețimea lui era mort și Charlie viu, așa că va trebui să se ajute singur, cum va ști.

Fața i s-a luminat printr-un zîmbet cînd și-a amintit de banii din servieta. Erau numai două mii de dolari, dar totuși nu erau chiar de lepădat. S-a forțat să se scoale și cu oarecare greutate a ajuns la masă. A deschis servieta și s-a uitat la grămada de bancnote. Erau numai de cinci și de zece dolari. l-a plăcut. Cu cit erau mai mărunte, cu atît mai bine. O să-i dea mai greu de urmă. S-a apropiat de dulap. N-avea în el cine știe ce: o haină de sport din cașmir veritabil, o pereche de pantofi, două cravate, o pereche de butoni și cîteva albituri. Au încăput ușor, toate, într-un mic geamantan. În zece minute a fost gata. Cu o privire ironică s-a uitat în jur și a trimis un sărut camerei sale. A deschis apoi ușa și a plecat.

Tocmai scotea cheia din ușa cînd, pe scări, a auzit pași. Instantaneu s-a și întors cu revolverul în mînă. L-a recunoscut atunci pe tînărul din farmacie care urca scara.

- Fiu de cătea! - a urlat Charlie. Deci tu mă urmărești...

Tînărul s-a oprit ținînd balustrada cu mîna, cu o privire nedumerită. Stătea ca de piatră, nu putea să se miște. Lui Charlie, cu toată durerea, îi venea să ridă. A întins revolverul în direcția tînărului. Acesta îl privea îngrozit la vederea revolverului. Atunci a tras.

Tînărul a căzut și s-a rostogolit pînă jos pe scări.

Charlie l-a urmărit doar o clipă. Apoi a coborît repede scările, a sărit peste trupul căzut și a ieșit din clădire. Era liber și aproape fericit, dar rana de la picior îl durea rău. Și-a băgat mîna în buzunar și s-a mai liniștit cînd a simțit cutia cu doctoriile.

Polițistii l-au însoțit pe bătrînul Fletcher în cu- loarul pensiunii. Bătrînul se vîita încă înainte de a vedea cadavrul.

- Aici e - a confirmat bătrînul. Da, acesta este Vernon. Cine oare a putut să facă așa ceva?

- Știm noi. Un anumit Charlie Pew, pe care îl căutam. Dar ce a căutat aici angajatul dumneavoastră?

- Eu sînt de vină - s-a vaitat bătrînul Fletcher, ștergîndu-și lacrimile cu mineca hainei. Eu l-am trimis aici pe acest nenorocit.

- De ce?

- Fiindcă am făcut o greșeală. O greșeală groaznică... privind prepararea medicamentului.

- Ce fel de medicament?

- Nu știu cum s-a putut întîmpla așa ceva. Totdeauna sînt foarte atent. Dar clientului care m-a tot grăbit i-am dat din greșeală altceva. O singură capsulă și moare. Pentru aceasta l-am trimis pe Vernon să-l prevină.

Polițistii s-au uitat unul la celălalt.

- Vă rog să mă înțelegeți - a spus bătrînul. Niciodată pînă acum nu mi s-a întîmplat să greșesc. Dacă mă credeți vinovat...

- N-am înțeles nici un cuvînt din tot ce-ați spus. Așa e Phil?

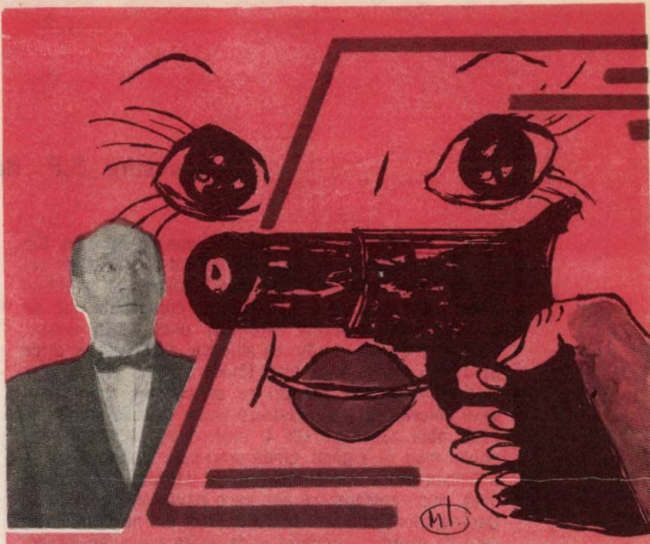
- Nici eu n-am auzit nimic - a spus celălalt polițist, dînd din umeri. Și nu știu despre ce vorbește acest om.

Traducere de T. CUTLIC

UNDEVA ÎN EUROPA

Pseudoschiță polițistă

- Mîinile sus și nici o mișcare că trag!
- Poftim???
- Am spus, mîinile sus!
- Ce înseamnă gluma asta?
- Gura!
- Păi eu....
- Gata cu pălăvrăgeala, că mai ai de trăit doar cîteva clipe!
- Omule... nu sînt cine crezi. Este o confuzie!
- Confuzie spui? Crezi că nu știu să deosebesc binele de rău?
- Atunci eu...
- Gura! Și nu mai mișca valiza aia de la picioare!
- Bine... dar să știi că alții sînt cei care...
- Lasă vorba că timpul trece și reține că în buzunarele paltonului sînt cu degetele pe trăgaciul celor două pistolete!
- Dar sînt total nevinovați...
- Termină odată cu văicărelile astea de cucoană și ține mîinile sus, ca să-ți spun de ce te-am condamnat la moarte!
- Aoleuuuu!!!
- Închide pliscul mafiotule, măcar acum, în ultimul ceas, că totul se plătește în viață cînd faci rău!
- Ascult! De ce vrei să mă trimiți „la plimbare”? Ce ți-am făcut?
- Aha, acum ai prins curaj, ei lasă că te fac eu să-ți aduci aminte.
- Vai de bătrînețele mele... Iertare... Vreau să mai trăiesc... Am familie.... Nepoți...
- Vrei să te mai bucuri de viață? Ei bine,



nu meriți această cinste fiindcă n-ai pic de inimă... ești plin de ură și de dușmănie... Și, pe deasupra, mai ai, acolo, la picioare, în „valiza aia diplomatică”... o carte... și cîteva BOMB...

...Dar nu mai apucă să termine inventarul, că omul se trezi lovit în plin de două rafale lungi. Exact între ochi, pe care îi închise în mod reflex. Apoi îl găuriră cu aceeași violență alte rafale trase în cruciș, în piept și abdomen, după care... după care ar fi trebuit în mod normal să fie trecut rapid pe cealaltă lume - dacă o fi existînd - dar nu se întîmplă așa, ci... dimpotrivă, se produse o minune. Decum deschise ochii, cu oarecare teamă, constată că pistolarul - un „cavaler al dreptății” de vreo 10-12 anișori - dispăruse fără urmă!... Așa că „mafiotului” nu-i mai rămăsese altceva de făcut decît... să se tamponeze cu batista peste locurile unde scuipaseră jeturi prelungi de apă, udîndu-l pînă la piele și făcîndu-l să exclame: „Mare drăcovenie și răfuielile astea, domnule!” Și, deschizîndu-și „valiza diplomatică”, puse mîna pe o bomboană de ciocolată mare cît o nucă, savurînd-o satisfăcut. Scăpase de data aceasta cu viață.

George M. GHEORGHE



ACORD CROMATIC

- povestire S.F. de Elza CENUȘĂ -

O mare roz de liliac cu bulboane de smarald. Din straturile adinci se văd venind în cavalcade calești conduse de centauri înaripați. De îndată ce se apropie de suprafață, contururile lor se amestecă în arabescul striaiilor unei scoici uriașe. Scoica se desface și din ea alunecă, desprinsă de orice greutate corporală, o fată tânără purtând chipul ei.

Videopsihotronul se opri cu un clinchet scurt. Prinseese obiceiul să-și înregistreze visele încă de atunci, de cînd, abia adusă pe OX 4, încerca să se acomodeze noului mod de a gândi. Linda privi spre locurile unde ar fi trebuit să se afle hublourile. Se întorcea acasă prima dată, după optsprezece ani, cu o navă închisă ermetic. Coordonatorii coloniei de recuperare de pe OX 4 fuseseră de acord că procesul ei de verificare putea începe. Era scotită unul din cele mai reușite exemplare ale noii serii de umanoizi, prevăzută cu un număr de programe aproximativ egal cu cel al unui creier omenesc cu Q.I. superior. Și totuși, dacă datele recepționate în timpul zborului sau după aterizare s-ar fi dovedit necorespunzătoare, ordinele cereau să fie aplicată imediat operația de distrugere.

Părăsi sala de comenzi și se îndreptă spre laboratorul de holografie plastică. Aprinse ecranele și comută legătura cu videopsihotronul. Visul începu să se deruleze din nou. Linda aștepta pînă ființa tinerei se detașă complet și dădu hologramei perioada maximă de existență. Începu s-o studieze pe îndelete. Fascinantă era mai ales analiza electronografică. O repetă de mai multe ori și de fiecare dată modelul bioenergetic al fetei se traduse prin imaginea unor forme ale căror armonie, simetrie și omogenitate vorbeau despre o stare clară de sănătate și fericire sufletească.

Linda își aplică programul de autocontrol. Deviațiile erau ușor de interpretat. O nemulțumise comparația simultană efectuată cu propriul model bioenergetic, deformat pînă la grotesc de diferențele de sarcini pe care le presupunea tipul ei de existență actual - umanoid lipsit de spectrul emoțional-afectiv pozitiv, dotat cu creier reprogramat și profilat cu subordonare și tendință distructivă.

Holograma se stinse și silueta Lindei apără dintr-o dată în oglinda ce proteja unul din pereții laboratorului. Înainte să fie trimisă pe OX4, fusese o femeie frumoasă, își avusese viața ei. Acum nu mai era decît o structură artificială, lipsită de orice expresie, o combinație al cărei model bioenergetic indica starea de boală. Din perspectiva omenească, probabil, din moment ce șefii ei nu se alarmaseră. Oricum, ea nu simțea nimic și acesta era lucrul cel mai important.

„Linda Spindel, biroul 7”.

Auzi apelul și văzu cum, în același timp, ușa respectivului birou se desface în două, lăsînd să cadă la mijloc o perdea de raze multicolore. Pași printre ele, privind drept în față, spre bărbatul care stătea în fotoliu. Printre altele, perdeaua de raze avea și un rol inhibitor pentru orice fel de putere telepatică. Linda își dădu seama cum brusc începe să funcționeze după progra-

mul de subordonare totală. Ochii i se îngustară, devenind două fante abia vizibile. Controlul mental efectuat de cel din față ei se dovedea a fi extrem de sever.

- Se pare că ești în formă bună, Linda, remarcă el invitînd-o printr-un gest scurt să se apropie de mijlocul camerei. Cu excepția fotoliului amintit, interiorul încăperii era gol. Studie cu atenție podeaua pe care se întretaiau tot felul de desene geometrice, făcu cîțiva pași și apăsă cu virful piciorului unui careu pe care i se păru a desluși schița unui poliedru.

Bărbatul zîmbi ușor sesizîndu-i încordarea și apoi satisfacția cînd din podea începu să desfășoare un mic fotoliu fără brațe.

- Ai ceva să-mi comunici?

- Am observat persistența acordului cromatic roz-verde de care probabil ai aflat.

- Îți face plăcere să-l întîlnesti?

- Cred că da.

- De ce spui „cred că da”?

- Pentru că nu sînt sigură că e vorba de o plăcere

- Precizează contextul în care a fost plasat.

- În momentul în care am fost donată Centrului de cercetări al Corpului de armată 3, s-a observat că prezentam o ușoară predispoziție coloristică.

- Cu toate acestea n-ai fost respinsă.

- Nu. S-a ajuns la concluzia că această trăsătură poate fi educată în vederea obținerii unei lecturi super-rapide a semnalelor vizuale.

- Oricum, e un fapt neplăcut din biografia dumitale, care nu ți-a putut fi sters din memorie.

- Acum optsprezece ani, odată cu selecția cadrelor pentru colonia de recuperare de pe OX 4, a fost calificat drept nesemnificativ.

În tot timpul conversației, șeful serviciului de Introspecție nu-și desprinsese ochii de pe chipul ei. Parul roșu-cărmiziu, ochii negri, sprincenele accentuate, tenul mat, silueta foarte dreaptă, îmbrăcăminte concepută dintr-o singură culoare, un maroniu deschis, toate vedeau o personalitate puternică.

- Bine. Prima etapă a procesului de verificare a fost depășită. Te-ai acomodat extrem de rapid, fără ca parametrii esențiali să înregistreze vreo schimbare. Urmează a doua etapă - acțiunea propriu-zisă. Pentru început, va fi vorba de distrugerea grupului central de propagandă al tinerilor pacifiști. Pare o treabă simplă, dar nu e. Tot ce știi noi, știi și ei... Tot ce avem noi, au și ei. În plus, de cîțiva ani, beneficiază de indivizi extrem de dotați.

„E într-adevăr o mașină”, reflectă el în continuare, constatînd totală impasibilitate care se putea citi pe chipul celei care, începînd din acest moment, intra în componența cadrelor sale de elită.

Coborau treptele Școlii superioare. Mascată cum era de boschete și arbuști, n-o puteau vedea. Încerca un prim atac telepatic pe coordonata discordiei de grup. Îi văzu cum devin atenți, cum încep să privească în toate părțile și percepă răspunsurile lor fixate pe stare psihică depresivă. Pentru ea, asta echivala cu atacul

unui pion care putea dispărea oricând de pe tabla de sah. Pe de altă parte însă, însemna că liderii tinerilor pacifisti erau dotați cu mijloace telepatiche de detecție, apărare și acțiune. Așa se și explica succesul pe care îl raportau, determinând cartiere întregi ale generației tinere să nu mai răspundă programelor înaltului Minister al Frontului. Problema era cu atât mai acută cu cât diferitele centre ale acestui minister erau admise și finanțate de Administrațiile teritoriale doar atita timp cât puteau dovedi manipularea unui anumit număr de tineri.

În sfîrșit, grupul se răzleți și Linda porni în urmărirea subiectului ales: o tinăra înscrisă la cursurile „Module de construcții”, care în plus practica și pictura. Manifesta chiar un soi de nerăbdare, fiind sigură că avea să întâlnească un individ slab, cu un comportament dezorganizat de o paletă prea bogată în impulsuri senzoriale.

Fata purta un costum alb și, privită din spate, avea un aer destul de obosit. Linda îi detecta imediat repulsia față de violență și începu pregătirea primei situații care urma să-i favorizeze mișcarea următoare. Un trecător, 6 hemoragie puternică și costumul tinerei se transformă într-un contrast de alb-roșu foarte evident. Atita numai că ceea ce urma fu cu totul și cu totul neașteptat. Forța de răspuns a fetei o înghețată pe Linda într-o rețea de acorduri cromatice dintre cele mai hazardate. Începu să se inece în valurile unui galben murdar, apoi să alunece pe un albastru înghețat, care îi creșta dureros încheieturile. În curînd, culorile începură să prindă forma și mișcarea unor insecte viscoase, care prinseră să i se urce pe brațe și pe umeri îngrozind-o. Mintea îi căuta bezmetică o porțiță de salvare din cosmosul cromatic... Iată-o: rozul și verdele aparură ca o geană de orizont într-o mare de flăcări. Se năpusti cu toată ființa într-acolo... și se trezi. Căzupe pe o porțiune de trotuar rulant. Studenta stătea lîngă ea, privind-o uimită. Nu mai recunoscua locurile unde se afla. În schimb, descoperi pe costumul fetei, pe care de abia acum o vedea din față, două linii orizontale, așezate una lîngă alta. Culorile lor erau roz și verde.

Liliac, tufe uriașe de liliac pe malul unei mari de smarald. Un trup de copil îmbrăcat într-o plasă ușoară, niște miini de bărbat rostogolind alge și meduze de smarald... Imaginile se sfărîmău sub pleoapele strînse cu furie, aducîndu-i în suflet dureri de mult uitate. Se afla în camera de depanare a erorilor, dar încă de pe aum știa că nu mai e nimic de făcut. Sensibilitatea îi revenea trezindu-i spasme în tot corpul și toate eforturile psihice pe care le făcea ca s-o oprească erau inutile. Mai trecuse și altădată prin încercări asemănătoare, dar atunci aparatele fuseseră puternice, o covîrșiseră cu forța lor, iar ea se lăsase cu plăcere învinsă. Acum totul era pe dos. Acordul cromatic acțiunea ca un virus care i se insinua prin toate circuitele făcînd programele să capituleze unele după altele.

Se aprinse lumina. Operatorul îi demontă capsulele, apoi o ajută să se ridice din baia de fibre în care fusese culcată. Era din nou chemată la biroul 7. Și din nou ușa acestuia se desfăcu în două, invitînd-o să treacă prin perdeaua de raze. De data aceasta, efectul lor fu atât de puternic încît izbuti cu greu să-și mențină echilibrul.

- Aș vrea să cunosc urmarea acțiunii mele, murmură ea încercînd să înfrunte privirea șefului serviciului de Introspecție.

- Întreg grupul de tineri pacifisti a arborat o nouă emblemă: un dreptunghi de culoare roz, înconjurat de o

dungă verde.

- În condițiile acestea, eu nu mai am nici o putere asupra lor.

- De ce? N-ai avut decît o primă întîlnire, care ți-a favorizat cunoașterea adversarului. Pe OX 4, ai făcut fața unor antrenamente mult mai dificile. Nu vad cauza pentru care ai avea dreptul să arăți atît de răvășita.

- Nici eu nu înțeleg prea bine. Culorile sînt de vina. Nu toate, numai două. Și numai împreună. Consider că nu sînt suficient de pregătită, domnule, și că ar trebui să fii retrimisă pe OX 4.

- Minți, Linda Spindel, minți! izbucni bărbatul ridicîndu-se în picioare și apropiindu-se amenințător de ea.

- Vă atrag atenția, domnule, că programul meu de subordonare funcționează ireproșabil și el exclude posibilitatea minciunii.

- Și totuși minți. Nu acordul cromatic este cauza neputinței dumatile. Ți-ai recunoscut fiica, Linda Spindel, și în fața acestui șoc emoțional, te-ai comportat ca un cobai de nivel inferior.

Simți cum începe să plouă. Apoi veni înghețul, căldura toridă și din nou ploaia. Așa ceva era de neînchipuit și totuși asupra ei se prăbusea tot potopul de senzații pe care cei de pe OX 4 încercaseră să i le șteargă din memorie.

- Copilul, pe care singură l-ai donat Centrului nostru de cercetări, a fost testat după plecarea dumatile în colonie. Din păcate, moștenindu-te, a prezentat aptitudini coloristice mult prea puternice ca să poată fi reținut în rezerva centrului, și, așa cum se întîmplă de obicei, a fost preluat de ceilalți. Îmi pare rău. Ești o combinație sofisticată, de mare capacitate, dar totuși defectă. Singura soluție este să-ți aplici programul de autodistrugere.

De abia cînd rămase singură în încăperea auzi vuietul. Se îndreptă spre fereastră și văzu mulțimea de tineri care se strînsese în fața clădirii. Apăsă claviatura roșie aflată în stînga ei. Fereastra se deschise, pîindu-se de mai multe ori și degajînd astfel aproape întreg peretele exterior al biroului. Era convinsă că se află acolo, undeva, printre cei de jos. Se concentra. Trebuia s-o găsească. Nu mai știa cum o cheamă. De aceea, în apelul ei telepatic, nu făcu altceva decît să repete ceea ce aflase cu puțin timp în urma.

Într-adevăr, o tinăra, nu-și putea da seama dacă era cea pe care o urmărise sau alta, se desprinsese din mulțime și se îndreptă singură spre poarta Centrului. În timp ce zgîlția barele strălucitoare, începu să strige ceva. „Ce curajoasă e!”, gîndi Linda. „Cum am putut-o abandona?”... Acum, de poarta Centrului se apropiau și ruri lungi de tineri care scandau același cuvînt, de fapt o singură silabă pe care o repetau la nesfîrșit: „ma-ma-ma-ma-ma...”

Cînd auzi ușa desfăcîndu-se în spatele ei, nu se mai întoarse. Înțelese că depășise răgazul de îndeplinire a unei comenzi.

Prin fereastra deschisă, corpul i se prăbuși în gol, în timp ce mulțimea de tineri scanda un cuvînt ca o pîntă peste abis.



CARUSEL EPIGRAMISTIC

Țințarul

În seara revelionară,
Prilej de artă culinară
Demn chiar și de Pantagruel.
Un țințar neam de Anofel
Așteaptă până ce, firește,
Un comesean se ametește
Cu vin, rom, țuică extrafină
Să-i ia pe loc grupa... sanguină.

Titu GHEORGHIU-VASLUI

Constatare

Mergeam amândoi prin parc
Și-o castană... poc! în cap!
Copilul i-a zis domol:
— Nene, ce-a sunat a gol?!

Elevul „politicos”

Sta pe bancă, în tramvai,
Ocupat... nevoie mare!
O bătrână în picioare:
„Vai de mine și iar vai!”
Și-a-ntrebat-o: „Ce vă doare?”

Marian POPESCU

Aparențele înșală uneori

Nu te lua după halat
Dacă nu te ajută „flerul”.
Poate-ușor fi confundat
Doctorul și cu... frizerul.

Vasile MENTZEL

Răvașul capului

Dacă-l ai și-l folosești,
Cu pricepere adincă,
Prețuit ești de colegi,
Ce, din stimă, ți-l mănincă.

Stelian CONSTANTINESCU

În ajun

Ții volanul ca pe-o armă:
Strîns în mină, evident,
Însă ochiul să nu doarmă
Că vinezi un accident!

Doina GHÎTESCU

Ocazională

Revelionul e de vină
Că s-a-ntors totul pe dos:
Pietonii vor mașină
Iar șoferii merg pe jos!

Alex. LĂPUȘNEANU

Profilaxie

Sănătoasă e pe stradă
O bătaie cu zăpadă.
Cea cu gheață însă nu e
Că sfîrșește cu... cucuie!

Nicolae GHÎTESCU

Timpul

Prieten doar al veșniciei,
Că pentru noi, în cursul vieții,
E un dușman al frumuseții
Și inamic al bărbăției.

Florin CRISTEA

Așteptînd la dispensar

Mi-a zis ieri un tip sfătos
Să beau ceai că-i sănătos.
Înțepat și eu i-am spus:
— Ceaiul poate, dar eu nu-s!

Dialog

— Sint fumător împătimit
Și vedeți că n-am murit?
I-a răspuns o farmacistă:
— Nu te necăji, insistă!

Emil ROMAN

Modernism

Cu o mină relaxată
Vin alene dinspre gară:
Un bunic cu-o înghețată
Și-un nepot cu o... țigară.

AI. SILAGHI

Jurămînt

— „Mi-ai jurat că nu bei vin”.
— Draga mea, este pelin;
Ai învățat doar la școală
Că-i plantă medicinală.

Viorica NANIA

**ALMANAH
REALIZAT
DE
REVISTA**

Sănătatea

Redactor șef: dr. George M. GHEORGHE
Secretar responsabil de redacție: Valeria CHILĂU
Coordonatorii almanahului: Cristian IONESCU și
Constantin POPOVICI

Fotoreporter: Nicolae MEDIANU
Coperta: Adrian DRAGOMIRESCU
Prezentarea artistică: Constantin COMAN

Tiparul executat de Combinatul poligrafic
„Casa Scintei”

- ACTUALITATEA MEDICALĂ PE GLOB
- TERAPIE NATURISTĂ
- DIETETICĂ
- UNIVERSUL FAMILIEI
- VIAȚA INTIMĂ
- CE ȘTIM DESPRE CORPUL NOSTRU ?
- CARE SÎNT BOLILE SPECIFICE FIECĂREI VÎRSTE
ȘI CUM LE PREVENIM ?
- CUM SĂ ACORDĂM UN PRIM-AJUTOR
PÎNĂ LA SOSIREA MEDICULUI ?

LA TOATE ACESTEȘI ȘI LA ALTE ÎNTREBĂRI GĂSIȚI RĂSPUNSURI
ÎN REVISTA „SĂNĂTATEA”, PUBLICAȚIE DE PROPAGANDĂ ȘI
EDUCAȚIE SANITARĂ A POPULAȚIEI,
EDITATĂ DE SOCIETATEA DE CRUCE ROȘIE,
ÎN FIECARE NUMĂR PERSONALITĂȚI ALE VIEȚII ME-
DICALE, PSIHOLOGI, PEDAGOGI ȘI ALȚI SPECIA-
LIȘTI VĂ OFERĂ RĂSPUNSURI ÎN RUBRICILE
„PROFILAXIE ȘI ANOTIMP”, „A TREIA
VÎRSTĂ”, „INTERVIUL LUNII”, „AN-
CHETA REDACȚIEI”, „LA VÎRSTA
ÎNTREBĂRILOR”, „COPILUL NOS-
TRU”, „CURIERUL SĂNĂ-
TĂȚII” ȘI ALTELE



Sănătatea

O REVISTĂ A FIECĂREI FAMILII

ABONAMENTELE

SE POT FACE LA TOATE OFICIILE POSTALE DIN
ȚARĂ, LA FACTORIILE POSTALI ȘI DIFUZORII VOLUN-
TARI DIN ÎNȚEPRINDERI ȘI INSTITUȚII. LA SATE
REVISTA SE GĂSEȘTE DE VÎNZARE LA MAGAZINELE
COOPERATIVELORE DE CONSUM. COSTUL UNUI ABONA-
MENT PE 1 AN — 36 DE LEI, PE 6 LUNI — 18 LEI

Lei 25